

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 74

DE LA MOBILITÉ ANORMALE ET DOULOUREUSE
DE L'UTÉRUS
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 17 décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. PHEULPIN

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 12 octobre 1879.

Elève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1902

DE LA MOBILITÉ ANORMALE ET DOULOUREUSE
DE L'UTÉRUS
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 17 décembre 1902

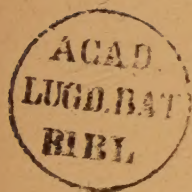
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. PHEULPIN

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 12 octobre 1879.

Élève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs		MM.
Cliniques médicales	{	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRAPIER.
Hygiène		POLLOSSON (Maurice).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, président; POLLOSSON (A), assesseur;
MM. CONDAMIN, et FABRE, agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES GRANDS PARENTS

*Je dédie ce premier travail en témoignage de
ma profonde reconnaissance et de ma sincère
affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

*A LA MÉMOIRE
DE NOTRE REGRETTE MAITRE ET AMI*

Le Docteur HENRI BLAISE

Professeur de Pathologie interne à Alger.

*Faible hommage à sa grande science et en
reconnaissance de tout ce qu'il a fait pour nous.*

A M. le Professeur CURTILLET

Professeur de Clinique infantile
(Hôpital civil de Mustapha).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FOCHIER

A M. le Docteur CONDAMIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

S'il y a dans l'existence des moments heureux que l'on aime à revivre par la pensée, et qui délassent un peu des soucis du présent, les trois années que nous avons passées comme étudiant à Alger sont de ceux-là. Malheureusement, la mort prématurée, et trop cruelle pour nous, de notre bien cher maître et ami, Monsieur le professeur Henri Blaise, qui avait bien voulu nous faire l'honneur de sa confiante amitié, est venue jeter un crêpe épais sur ces années ensoleillées. La constante et paternelle affection dont il nous entourait, la bienveillance avec laquelle il dirigeait nos premières études médicales, font que nous avons perdu en lui plus qu'un ami, et que nous avons pleuré sa perte comme celle d'un père. Nous avons eu l'honneur d'être admis dans sa vie privée, et son souvenir comme professeur et comme ami restera à jamais gravé dans notre cœur.

Un souvenir bien doux aussi de reconnaissance et d'amitié nous est demeuré bien vivace; c'est celui de notre premier maître en chirurgie, Monsieur le professeur Curtillet. Nous avons eu l'honneur de remplir dans son service les humbles fonctions d'externe, et si nous avons suivi avec un intérêt toujours crois-

sant ses leçons cliniques toujours si agréables dans leur douce intimité, si nous y avons pris goût, et si nous les avons aimées, c'est que nous aimions aussi le maître si sympathique à tous.

Que Monsieur le professeur Trolard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, qui nous a initié dans ses leçons à l'amphithéâtre, avec la grande et savante simplicité qui le caractérise, à la science ardue de l'anatomie, veuille bien nous permettre de lui renouveler nos hommages sympathiques et reconnaissants.

Monsieur le professeur Bruch, directeur de l'Ecole de médecine, dont nous avons été pendant six mois l'externe, a bien voulu, en maintes circonstances, nous pardonner notre insouciance et notre légèreté; qu'il veuille bien croire à toute notre reconnaissance.

Que tous nos maîtres qui ont contribué à notre amélioration intellectuelle et morale veuillent bien recevoir ici nos hommages reconnaissants.

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses et très diverses modalités décrites dans les déplacements de l'utérus, sous les noms de version, flexion, torsion, il en est une qui semble non seulement avoir été moins étudiée, mais presque complètement négligée des auteurs cliniciens. C'est à peine si dans l'ouvrage très complet de Le Dentu et Delbet, il en est fait mention dans deux pages sous le nom de « mobilité anormale de l'utérus ».

Le silence qu'ont gardé les gynécologues, jusqu'à présent, au sujet de cette maladie vient, nous le croyons, non pas de la grande rareté de cette affection, mais de ce qu'on ne la rencontre que pas ou peu dans les milieux hospitaliers. C'est dans la pratique extérieure et courante qu'elle est alors fréquemment observée et traitée par le gynécologue praticien. La femme qui en ressent les douloureux et obsédants symptômes va consulter son médecin, rarement un spécialiste, mais n'ira presque jamais pour cela à l'hôpital.

En feuilletant les cahiers de consultation externe

gynécologique, à l'hôpital de la Charité, nous avons cependant relevé de nombreux cas de cette affection. Dans la plupart des cas, le traitement a été appliqué immédiatement : l'utérus, ramené dans sa position normale, a été fixé par un pessaire. On a renvoyé de suite la malade ainsi soulagée, en lui recommandant de revenir si ses douleurs reparaissaient. Bien peu sont revenues, cependant nous avons trouvé dans les observations de la clinique gynécologique de la Charité quelques observations très intéressantes de ces malades traitées dans le service.

Dans beaucoup de cas cependant, cette mobilité anormale de l'utérus, non recherchée, passe inaperçue ou est observée en même temps qu'une métrite dont elle est considérée comme une conséquence. C'est en effet l'idée que s'en fait Norstroem, idée qu'il expose dans son ouvrage : *Traité théorique et pratique de massage*. M. le professeur agrégé Condamin a bien voulu nous faire l'honneur de nous inspirer ce sujet et nous permettre d'exposer cette question dans notre thèse inaugurale, nous l'en remercions très cordialement et le prions de croire à toute notre reconnaissance. Notre grande jeunesse en gynécologie nous a forcé souvent à avoir recours à lui dans le cours de ce travail, nous le prions de bien vouloir nous le pardonner devant notre bonne volonté.

Nous avons été embarrassé pour trouver un moyen de diagnostic assez précis pour différencier ce que nous appelons mobilité anormale de l'utérus avec les autres déviations, entre autres la rétrodéviation. Il nous fallait un moyen de diagnostic précis

pour prouver que la maladie que nous décrivions n'était pas d'un intérêt simplement théorique, et n'était pas une coupure inutile faite aux affections utérines décrites sous les noms de rétrodéviation, antéversion, prolapsus. Nous avons posé en principe que toute déviation mobile, facilement réductible par le doigt introduit dans le vagin, sans l'aide d'une main allant à travers la paroi abdominale accrocher le fond utérin et associant ses efforts à ceux de la main vaginale, rentrait dans le cadre de cette maladie. Ce moyen était évidemment assez grossier, attendu que la facilité de réduction est contingente et variable avec la force et surtout l'habileté de l'opérateur, la plus ou moins grande sensibilité de la malade.

M. le professeur Fochier à qui nous devons la plupart des idées originales de notre thèse, a bien voulu nous aider de ses conseils avec une sollicitude dont nous ne saurions assez le remercier. Il nous a proposé de placer la malade chez qui l'on soupçonne la mobilité anormale de l'utérus, dans la position gènu-pectorale. Si la rétrodéviation constatée au premier examen se réduit d'elle-même par cette simple manœuvre, nous pourrons faire le diagnostic de mobilité anormale de l'utérus. Le traitement d'épreuve proposé par M. Condamin, qui consiste à immobiliser l'utérus ainsi ramené dans sa position normale par une application de tampons vaginaux, viendra alors confirmer notre diagnostic, par le soulagement immédiat qu'il apportera à la malade en faisant cesser ses douleurs.

Nous ne saurions trop remercier M. le docteur Quincieu, de la Charité, dont le bienveillant accueil nous a profondément touché. Il a bien voulu mettre à notre disposition sa bibliothèque et nous aider de sa grande habileté pratique en gynécologie. Ses conseils nous ont éclairé maintes fois sur bien des points du traitement de la mobilité anormale de l'utérus par le massage. Qu'il veuille bien accepter notre reconnaissante amitié.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et Physiologie normale de l'utérus et de l'ovaire.

Pour nous rendre un compte assez exact de ce que doit être la mobilité de l'utérus à l'état normal, établir une limite nette entre ce que nous appellerons physiologique et pathologique, il est nécessaire d'établir succinctement les rapports anatomiques et les moyens de fixité de l'utérus.

De plus, comme la plupart des symptômes de l'affection qui nous occupe proviennent de tiraillements sur le pédicule de l'ovaire, nous donnerons brièvement les diverses connexions de cet organe, ses moyens de suspension, en insistant particulièrement sur un ligament, le ligament lombo-ovarien, que nous considérons comme la clef pathogénique des symptômes douloureux de notre affection.

Passant très rapidement sur la forme de l'utérus, nous nous étendrons surtout sur les moyens de contention de cet organe.

ANATOMIE

D'une manière très générale, l'utérus, organe unique, peut être considéré comme un cône creux, aplati d'avant en arrière, à petite extrémité dirigée en bas.

Situé entre la face postérieure de la vessie et la partie inférieure de la face antérieure du rectum, à peu près à la partie moyenne de l'excavation pelvienne, ses dimensions varient selon qu'il a servi ou non à une ou plusieurs gestations. On peut grossièrement caractériser ces variations en disant que l'utérus chez la multipare perd en longueur tout en gagnant en largeur et en poids.

La question de sa direction tant au point de vue de sa courbure en elle-même que de son orientation par rapport à l'axe du bassin, a fait l'objet de nombreuses discussions de la part d'anatomistes très consciencieux comme Cruveilhier, Sappey, Waldeyer, Bandl et Luska qui, certainement, avaient tous vu l'utérus dans la position qu'ils ont décrite. Nous nous arrêterons aux conclusions d'un de nos maîtres, [M. le professeur Testut, basées sur l'examen de coupes faites sur des sujets préalablement congelés. « L'axe total de l'utérus est une ligne continue et légèrement arquée dont la concavité regarde la face antérieure de l'organe. Cet axe, quand l'utérus est en position normale, répond à l'axe de l'excavation. »

Au point de vue des divers moyens de contention

de l'utérus, tant dans le sens vertical que dans le sens horizontal, nous les diviserons, en tenant compte de leur mode d'action physiologique, en organes de soutènement et en organes de suspension.

Les premiers sont constitués par les muscles du plancher périnéal. L'utérus, en effet, comme tous les organes du petit bassin, est protégé contre une chute verticale par la sangle très puissante normalement des muscles et aponévroses du périnée, à la surface desquels vient s'équilibrer la pression abdominale.

Cette sangle doit en grande partie sa résistance au muscle releveur de l'anus appelé avec raison encore. « diaphragme inférieur ». C'est le muscle le plus profond du périnée avec l'ischio-coccygien et les pyramidaux qui complètent en arrière la calotte à convexité inférieure qu'il constitue en avant et à la partie moyenne de la base du petit bassin.

Dans leur ensemble, ses fibres, insérées sur le pourtour de l'excavation pelvienne, se dirigent obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière.

Elles se fixent en avant à la face postérieure du pubis, et poursuivent leurs attaches en arrière, sur l'aponévrose de l'obturateur interne suivant une ligne qui prend le nom d'arcus tendineus (*musculi levatoris ani*), enfin sur la face interne de l'épine sciatique. De là, elles se dirigent en arrière et en dedans, symétriquement et se rejoignent, les antérieures en arrière du vagin qu'elles compriment (Budin), appliquant ainsi les deux faces latérales du vagin l'une contre l'autre d'une façon assez forte pour que

l'utérus, en continuité avec lui, y trouve un soutien très solide.

Les postérieures s'entrecroisent sur la ligne médiane au niveau du raphé ano-coccygien qu'elles tendent. Quant aux fibres moyennes, elles viennent se mêler et s'unir aux fibres du sphincter externe de l'anüs.

Le muscle ischio-coccygien, moins directement en rapport avec l'utérus, vient renforcer en arrière le plancher périnéal; par ses insertions aux bords et à la face antérieure du coccyx, il donne une fixité plus grande à cet os mobile, et l'empêche d'être repoussé en arrière par la pression abdominale. Ses fibres ont la même direction générale que celle du releveur.

Ce plan que nous avons décrit le premier à cause de sa contiguité plus grande avec l'utérus est renforcé à sa face inférieure par des muscles plus faibles et moins directement appropriés à la fermeture inférieure du petit bassin et au soutien des organes qui y sont contenus. Ce sont les muscles transverses ischio-caverneux, bulbo-caverneux, les muscles de Guthrie et de Wilson, le sphincter anal, qui contribuent à la solidité du plancher périnéal, les uns par la direction de leurs fibres qui croisent sous des angles variés celles des précédents, les autres par la fermeture des orifices périnéaux qu'ils assurent, remédiant ainsi à ces points faibles.

Tous ces muscles sont entourés de gaines aponévrotiques qui ajoutent à leur tonicité la résistance de leurs fibres. Elles résultent de la fusion au niveau des faces en contact des gaines de deux ou plusieurs

muscles voisins. On en a décrit trois distinctes : deux qui ont la forme générale d'un triangle à sommet dirigé en avant et occupent l'espace angulaire circonscrit par les branches ischio-pubiennes. Elles renforcent les mêmes points du périnée, la partie antérieure, depuis la ligne bi-ischiatique au corps du pubis, et peuvent être considérées comme le reploiement de la même aponévrose. Ce sont : 1° l'aponévrose périnéale superficielle, ou périnéale inférieure de Richet, insérée sur la lèvre antérieure des branches ischio-pubiennes ; 2° l'aponévrose périnéale moyenne, ou ligament de Carcassonne, qui enferme dans un dédoublement les vaisseaux honteux internes, et prend naissance sur la lèvre postérieure de cette même branche ischio-pubienne.

Enfin l'aponévrose périnéale profonde est la réunion des diverses aponévroses des muscles du plan profond du périnée, non seulement par la pensée, mais par un entrecroisement, un échange constant de fibres de ces diverses aponévroses, ce qui lui fit donner par Cloquet le nom plus général de « fascia pelvis. » Solidement fixée aux parois latérales du bassin, elle est la plus forte des aponévroses périnéales. C'est sur elle que se répartit la pression abdominale. Telle est d'une manière très générale la constitution du périnée de la femme, qui pour être moins solide que celui de l'homme, par suite de la présence de l'orifice vaginal, n'oppose pas moins une barrière solide à la descente de l'utérus.

La pathologie nous prouve bien la valeur de ce soutien de l'utérus, car indépendamment du relâche-

ment ligamentaire dû à de trop nombreuses grossesses, le prolapsus utérin ne se produit que lorsque le plancher périnéal, trop ramolli, a cédé à la pression à laquelle il avait pour but de résister. Et comme le dit Pichevin :

« La dislocation du diaphragme pelvien entraîne un changement de position de tous les organes contenus dans le petit bassin... La situation de l'utérus dans le bassin donne le plus souvent la mesure de la solidité ou de la faiblesse des éléments qui constituent le diaphragme pelvien. »

Quant aux organes de suspension, ils sont constitués par les ligaments propres de l'utérus.

Dans la station verticale, l'utérus est entraîné en bas par la pesanteur. Il n'a pas besoin, et n'a pas en fait, de moyen de contention supérieure. Nous ne trouvons en effet, appliqué à la base de l'utérus, que le péritoine, très élastique et pas adhérent aux fibres utérines, disposition qui permet à l'organe gestateur les amplifications nécessaires à la grossesse.

Mais si le fond utérin n'a pour le maintenir en haut que la faible barrière péritonéale, il n'en est pas de même des faces latérales d'où partent les ligaments larges.

Si nous suivons sur les bords latéraux de l'utérus le péritoine pelvien, nous le verrons se continuer de chaque côté de cet organe en « deux cloisons transversales » enfermant au milieu d'elles, en même temps que certaines annexes de l'utérus (trompes), des ligaments divers et des « fibres musculaires

lisses » (Testut), des vaisseaux et des nerfs. Ces deux cloisons vont ensuite s'étaler sur les parois latérales du petit bassin, se continuant avec le péritoine qui recouvre les muscles obturateurs, psoas et iliaques. La direction générale de ces replis est de haut en bas et d'avant en arrière. Ils sont quadrilatères. Leur bord externe n'est que l'épanouissement du péritoine sur les aponévroses des muscles de la fosse iliaque dont il est séparé cependant par du tissu cellulo-grasieux. Il en est de même du bord inférieur, qui est l'épanouissement du péritoine sur l'aponévrose profonde du périnée.

Le bord interne répond au bord de l'utérus de sa base jusqu'à l'isthme. Il est épais, et sa portion postérieure descend plus bas que l'antérieure.

Le bord supérieur contient la trompe. Le péritoine la recouvre jusqu'à la portion externe des franges de son pavillon, ce dernier s'ouvrant à même dans la grande cavité péritonéale.

La face antérieure est soulevée presque diagonalement, de dedans en dehors et de haut en bas, par un organe sensiblement cylindrique d'un diamètre de 5 millimètres environ, partant de l'angle supérieur de l'utérus, pour se diriger vers l'orifice externe du canal inguinal qu'il parcourt, et venir s'épanouir en éventail à la base des grandes lèvres. Quelques-unes de ses fibres vont s'attacher à l'épine du pubis (Testut); d'autres dans le tissu cellulaire du pénis.

Ce ligament rond est très résistant. Beusnier n'a pu le rompre que par l'effort d'un poids de 600.

900 grammes. Il est néanmoins trop extensible et sa courbure est trop accentuée pour qu'il puisse vraisemblablement jouer le grand rôle qu'on lui a attribué pendant longtemps, de maintenir l'utérus dans son antéversion normale, ou l'y ramener lorsqu'il s'en est écarté. Nous nous occuperons de cette question à propos de la physiologie des ligaments utérins.

Le ligament rond, appelé encore sus-pubien par Chaussier, inguino-pubien par Henle, a reçu de Rouget le nom de ligament rond antérieur par opposition aux ronds postérieurs, nom qu'il donnait aux ligaments utéro-sacrés. Mais d'après Rieffel (traité d'anatomie de Charpy et Poirier), ils ne peuvent être étudiés séparément avec les ligaments utéro-vagino-vésico-pubiaux qui les continuent en avant, et proviennent comme eux, d'après lui, d'un épaissement de l'aponévrose cache-vaissaux, (Carabeuf) partie de la portion sus-vaginale du col, des bords latéraux du corps utérin, pour aller prendre des insertions, de toutes parts, à l'aponévrose pelvienne. Ils constituent un moyen de suspension de l'isthme et du col utérin. Tout en admettant la continuité de ces ligaments pubio-utéro-vagino-vésicaux, nous dirons néanmoins que de la face postérieure du col partent symétriquement deux ligaments appelés utéro-sacrés (Sappey). Ils délimitent entre leur bord interne falciforme, entre l'utérus et le rectum une cavité profonde de 4 à 5 centimètres appelée cul-de-sac de Douglas. Contournant les bords latéraux du rectum, ils viennent s'attacher solidement sur la face

antérieure de la deuxième ou de la première vertèbre sacrée, en dedans de l'articulation sacro-iliaque. Ils renferment des fibres lisses ainsi que des fibres conjonctives et élastiques. Ils sont assez tendus et résistants, et nous verrons plus loin le rôle qu'on leur attribue. Ils se poursuivent en avant sous le nom d'utéro-vésico pubiaux, qui naissant autour du col utérin, viennent s'attacher au pubis, après avoir contourné les bords latéraux de la vessie (Nicoletis, Mackenrodt) ; ce sont eux que le doigt introduit dans le vagin sent, lorsqu'on exerce en même temps une traction sur le col à l'aide d'une pince, sous la forme de deux petites cordelettes à la partie antérieure du col. Ils ne seraient d'ailleurs, d'après les mêmes auteurs, que des portions épaissies de la trame ligamenteuse continue qu'envoie autour du col utérin l'aponévrose pelvienne.

Quant à la face postérieure du ligament large, que nous avons abandonnée momentanément pour nous occuper des ligaments utéro-sacrés, elle nous intéresse beaucoup, à cause de l'ovaire qui non seulement la soulève, mais encore traverse le péritoine pour se trouver à nu dans la grande cavité péritonéale. Des deux extrémités du pédicule de l'ovaire partent des ligaments qui viennent soulever le péritoine de cette face, ce sont l'utéro-ovarien en dedans, le tubo-ovarien en dehors.

Le premier, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres de longueur, réunit le bord interne de l'ovaire à l'angle supérieur de l'utérus. Il rattache assez intimement l'utérus à l'ovaire, pour que ce dernier soit entraîné

par l'utérus dans ses différents déplacements. Le tubo-ovarien, moins important peut-être au point de vue qui nous occupe, maintient un rapport à peu près constant entre la frange ovarique du pavillon tubaire et l'ovaire.

Mais le ligament le plus important pour l'explication pathogénique des symptômes douloureux de la maladie qui nous occupe est à notre avis le troisième ligament de l'ovaire, le ligament lomb-ovarien ou ilio-ovarien (Delbet), ou rond supérieur de Rouget. His et Waldeyer l'ont nommé, d'une façon très caractéristique, « ligament suspenseur de l'ovaire. »

Recouvert, comme les précédents, du péritoine, et comme eux, composé de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, il a, comme les vaisseaux ovariens qu'il accompagne et entoure, une direction de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. Il pénètre avec eux dans l'angle supéro-externe du ligament large.

Fixé, à sa partie supérieure, au fascia sous-péritonéal de la région lombaire, il pénètre dans le bassin un peu en avant de la symphyse sacro-iliaque, rejoint à peu près à ce niveau les vaisseaux ovariens, à angle aigu, et aboutit avec eux au hile de l'ovaire. Quelques fibres vont se perdre dans la paroi supéro-externe du ligament large.

Son insertion fixe supérieure a lieu à gauche, au niveau et au-dessous de la portion iliaque du côlon ; à droite, elle peut se faire de diverses et très intéressantes façons. Ou bien ses fibres vont se joindre

au méso de l'appendice (ligament appendiculo-ovarien de Clado), ou plus en dedans sous la terminaison de l'intestin grêle, ou au contraire plus en dehors, sous le renflement cœcal (Durand).

Ces diverses insertions supérieures à droite nous donnent, dans le cas qui nous occupe, l'explication de symptômes différents, et parfois difficiles à interpréter.

Ce ligament étudié par Rouget (*Journal de physiologie*, 1858) a reçu de lui le nom de ligament rond, à tort, puisque ce ligament est aplati. Henlé l'appela infundibulo-pelvien. Depuis, il a fait l'objet de travaux très sérieux de la part de Clado, de Vallin et de Durand (*Progrès médical*, 1895) et de Barnsby (ligament appendiculo-ovarien) dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 1898.

Au point de vue physiologique, des trois ligaments précédents, les deux premiers, l'utéro et le tubo-ovarien rattachent l'ovaire à deux organes mobiles et ne lui assurent aucune fixité dans sa position par rapport au bassin. Le troisième donne à l'ovaire un point d'appui supérieur assez solide et se trouve, du fait du poids de l'ovaire, plus tendu que les précédents.

Supposons un relâchement même assez léger des divers ligaments maintenant l'utérus, l'ovaire, entraîné par ses attaches avec cet organe et avec la trompe, suivra le mouvement de descente de ces organes. Le ligament lombo-ovarien se tendra complètement, sous le poids non seulement de l'ovaire, mais encore sous celui de la trompe et de l'utérus. D'où une série

de symptômes douloureux constants, dans la maladie qui nous occupe.

Ces phénomènes douloureux sont dus en grande partie aux tiraillements exercés alors sur l'ovaire. Cet organe, en effet, est alors pris au niveau de son pédicule entre deux forces contraires. L'une due à la résistance du ligament lombo-ovarien tendant à maintenir l'ovaire dans sa position normale par rapport à l'axe vertical du corps, l'autre due au poids de l'ovaire et de l'utérus dont les ligaments sont relâchés et tendant à faire descendre l'ovaire. On a ainsi des tractions sur les nerfs sensitifs de l'ovaire, accompagnés comme les artères provenant de l'arcade transversale (réunion de l'utérine et de l'ovarienne) et comme les veines (plexus pampiniforme), par un tissu conjonctif continu avec celui du ligament lombo-ovarien. Ces tractions en sens inverses agiraient aussi sur les cellules nerveuses, signalées en 1896 par Elisabeth Winterhalten qui employait la méthode de Golgi, et les considérait comme de « petits ganglions périphériques. »

A l'aide de ces données anatomiques, nous essayerons d'établir la pathogénie de l'affection que nous appellerons utérus trop mobile.

Sauf le ligament lombo-ovarien, les ligaments ci-dessus décrits, que nous avons appelés organes de suspension de l'utérus, sont tous incomplètement tendus, et par là, permettent à l'utérus des mouvements assez étendus de descente. C'est ce qui les fit regarder par Pozzi non comme des organes de suspension mais d'orientation. Quant au plancher

périnéal, personne ne lui refuse l'action prépondérante pour empêcher la descente de l'utérus.

Que celui-ci vienne à se relâcher, l'utérus, dans la position debout prolongée de la femme ou après un effort, descendra parfois de 1 à 2 centimètres, ce qu'on appréciera fort bien en introduisant alors le doigt dans le vagin.

Les ligaments suspenseurs de l'utérus prendront leur maximum d'extension, sauf le lombo-ovarien qui, déjà tendu à l'état normal, exercera sur le hile de l'ovaire une contre-traction égale au poids des organes, appliqué en sens inverse.

D'où les phénomènes douloureux symptomatiques de ce relâchement des muscles du périnée. Ils seront localisés surtout à l'ovaire ou, lorsque le ligament lombo-ovarien aura quelques attaches à l'appendice, ils simuleront les douleurs appendiculaires, au point de Mac-Burney.

La position horizontale de la femme la délivrera immédiatement de ces douleurs, preuve évidente de la pathogénie que nous leur avons attribuée précédemment.

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE

Comme le dit Rieffel, « le problème de la statique utérine est, à l'heure actuelle, encore incomplètement résolu ». Mais si certains auteurs nient absolument toute action des ligaments appelé suspenseurs de l'utérus, dans le maintien de cet organe, et si

d'autres leur accordent une importance trop grande, nous croyons qu'il y a lieu de se rallier à une opinion moyenne. Tout en reconnaissant le maximum d'action au plancher périnéal, nous croyons avec Rieffel « que toutes les formations en rapport de continuité avec la matrice doivent contribuer à sa fixation ». Cette idée sur la physiologie normale de l'utérus, nous semble être d'une grande importance au point de vue du traitement à opposer aux diverses déviations utérines, et en particulier à la maladie qui nous occupe. Nous ne le limiterons pas en effet exclusivement soit à ce que nous avons appelé les organes de soutènement, soit à ceux de suspension ; nous le ferons porter sur les uns et sur les autres.

Normalement, l'utérus est doué, autour de son isthme qui lui tient lieu d'axe, d'une assez grande mobilité. La vessie, en se distendant, peut le faire tourner autour de cet axe suivant un arc d'environ 60 à 70 degrés. Mais cet organe reprend sa position normale en antéverson après l'évacuation et le retrait de la vessie. Sappey, Debierre voient dans ce retour de l'utérus en avant une action directe des ligaments ronds, Rieffel explique ce fait par les « connexions particulières du paramétrium avec le réservoir urinaire » que nous avons signalées sous le nom de fibres pubio-vésico-utérines dans notre chapitre d'anatomie. Nous croyons que les actions de ces divers organes s'associent, car les arguments invoqués par les uns et les autres ne semblent pas péremptoires, et s'ils prouvent l'action des uns, même prépondérante, ils ne démontrent pas l'inutilité

des autres. D'un côté, il est évident, comme le dit Rieffel, que les fibres vésico-utérines allient dans leurs mouvements l'utérus et la vessie, de l'autre on ne peut douter des expériences de Sherrington et Spiegelberg qui par l'excitation électrique des ligaments ronds ont déterminé une légère inclinaison de la matrice en avant. De plus, l'expérience de Mackenrodt, sur laquelle Rieffel attire l'attention, qui montre qu'on peut porter l'utérus vers le sacrum sans faire subir la moindre tension aux ligaments ronds, ne nous semble pas très probante, car on éloigne alors les deux points d'insertion de ce ligament, on étale sa courbure, et rien ne prouve qu'il ne tende pas ensuite à la reprendre, ramenant ainsi, quoique faiblement, l'utérus en avant.

Quant aux ligaments larges, sans prendre à la lettre l'opinion de Sappey et de Richet qui leur font jouer seuls le rôle dans la lutte contre les latéro-déviation, nous admettrons qu'ils contribuent non seulement à maintenir le fond de l'utérus sur la ligne médiane par son segment supérieur (mésopéritonéal de Rieffel), mais qu'ils empêchent aussi, quoique faiblement, l'utérus de descendre par les fibres lisses et les trousseaux fibreux qui de sa partie inférieure vont s'unir à la gaine hypogastrique.

En dehors de cela, nous accorderons cependant, avec Schultze et Pozzi, l'action principale dans le maintien de l'utérus aux ligaments utéro-sacrés qui, d'après Nicoletis et Mackenrodt, font partie d'un appareil ligamenteux unique, « provenant de l'aponévrose pelvienne et allant du sacrum au pubis.

Nous croyons qu'ils s'opposent, non pas à toute descente utérine, mais qu'à l'état normal, ils empêchent cet abaissement de dépasser certaines limites. Pozzi, qui n'accorde qu'un rôle d'orientation aux autres ligaments utérins, reconnaît l'action efficace des ligaments utéro-sacrés. Ils s'appuie sur ce fait qu'en abaissant avec une pince l'utérus on « éprouve la sensation d'un corps flottant entre deux eaux, jusqu'au moment de la tension complète des ligaments utéro-sacrés ». Cette expérience ne prouve pas que les autres ligaments n'ont aucune part dans la suspension de l'utérus, mais tout simplement que ce sont les ligaments utéro-sacrés qui arrivent les premiers à leur tension complète lorsqu'on abaisse l'utérus dans l'axe du vagin, c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant.

Quant au plancher pelvien, il constitue le meilleur soutien de l'utérus et des organes du petit bassin. Par sa résistance élastique, il contrebalance la pression intestinale. C'est sur lui que vient s'épuiser l'effort de la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux. Il se prête normalement à une certaine ampliation, que l'on observe facilement dans certains efforts, dans l'acte de la défécation, l'accouchement. Mais il revient par sa tonicité à sa position primitive lorsque l'effort a cessé.

Pichevin considère en lui deux segments, pour l'explication des diverses déviations : « un en avant du centre de suspension (isthme) de l'utérus, l'autre en arrière... Si le diaphragme pelvien est parfaitement tendu d'avant en arrière du sacrum au pubis.

l'utérus reste en antécourbure normale, ou y revient spontanément ». Il explique l'antéversion en partie par la faiblesse du segment antérieur, la rétroversion par la faiblesse du segment postérieur. La maladie constituée par la trop grande mobilité utérines s'explique de même par une faiblesse, de l'un ou l'autre de ces deux segments. Comment mesurer sur le vivant la mobilité normale et anormale de l'utérus ?

Par le toucher vaginal simple, ou vagino-rectal, associé au palper et au massage qui nous renseigneront très exactement à ce sujet.

Comme le dit Stapfer :

« La mobilité normale se mesure à l'élasticité tonique. Soulevez, poussez à droite, à gauche, en arrière, tirez en avant ou en bas, toujours doucement l'utérus. Bien suspendu, il reprendra, dès que vous le lâcherez, sa situation et sa direction physiologiques, sans brusquerie, comme un rameau flexible, et non comme s'il était tiré par un ressort d'acier, ce que l'on observe quand les attaches sont altérées.

« La mobilité anormale consiste dans la disparition de l'élasticité et de la tonicité, et se mesure à l'aisance avec laquelle l'organe dévié se laisse remettre en position physiologique pour retomber promptement dans sa situation première et vicieuse. »

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La mobilité anormale de l'utérus, d'après Pichevin, pourrait avoir comme causes toutes celles qui provoquent la rétrodéviation. Il est évident que les causes qui amèneront d'emblée une rétrodéviation fixe ne peuvent être invoquées dans le cas qui nous occupe. C'est ainsi qu'il ne peut être parlé ici de la fixation du col à la partie antérieure du pelvis, due à des cicatrices, de la brièveté ou du raccourcissement de la paroi antérieure du vagin, pas plus que de la plénitude habituelle de la vessie.

Nous n'en retiendrons que deux :

1° Le relâchement des moyens de fixité de l'utérus, à savoir : les organes de suspension et les organes de soutènement, ces derniers surtout ;

2° La béance de la vulve avec ou sans déchirure du périnée.

On pourra trouver ces deux causes réunies, tenant

à un état général mauvais, amenant le relâchement et l'atonie des tissus; ou bien seulement l'une ou l'autre séparément. Le relâchement ligamentaire coexistant avec un périnée intact, ou inversement, ce qui est plus rare.

Au point de vue de la fréquence suivant les âges, on peut dire qu'elle se rencontre surtout chez les multipares, mais qu'il n'est pas exceptionnel de la constater chez des nullipares, même chez des vierges. Elle serait dans ce dernier cas d'origine congénitale.

C'est surtout de trente-cinq à quarante ans qu'on le constate chez des femmes ayant eu des déchirures du périnée. Ce n'est guère que six ou huit ans après l'accouchement qui a déterminé la rupture non réparée qu'apparaissent les symptômes de la mobilité anormale de l'utérus. Ceci montre bien que le plancher périnéal n'est pas tout, comme le dit Pozzi, dans le soutien de l'utérus, et que les ligaments n'ont pas seulement un rôle d'orientation, mais aussi un véritable rôle de suspension. La rupture du périnée amène un affaiblissement considérable de ce soutien. Ce n'est qu'à la longue que les ligaments s'étirent et s'allongent, sous le poids considérable qu'ils ont à supporter.

La mobilité anormale de l'utérus succède le plus souvent à une involution incomplète de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, surtout chez les femmes ayant un métier pénible, qui les force à la station debout prolongée, et qu'elles reprennent trop tôt. Toutes les conditions, comme le dit Bouilly, se

trouvent alors pour favoriser le facile déplacement de l'utérus, à savoir : « Le poids et le volume de l'utérus, la mollesse et l'engorgement de son tissu, le relâchement des ligaments, la flaccidité des parois abdominales, la subinvolution du vagin ». Nous ajouterons : la faiblesse du périnée.

Ce sont des observations de ce genre que nous avons recueillies en plus grand nombre, mais les mêmes causes produisant les mêmes effets, lorsque chez une nullipare, pour une cause quelconque, nous réunirons le trépied : relâchement des ligaments, défaut de tonicité des muscles du périnée, flaccidité des parois abdominales, nous pourrions constater la mobilité exagérée de l'utérus. Chez celle-ci, la mobilité exagérée de l'utérus est surtout de cause neuro-arthritique. Nous releverons dans les observations qui suivent la cause anémie. Une femme, même, qui d'après l'observation, avait subi un régime de diète forcée par l'indigence, s'est présentée à la clinique gynécologique avec tous les symptômes de la maladie qui nous occupe.

Au point de vue de la période dans laquelle la femme ressent le plus vivement les symptômes de cette affection, c'est surtout au moment de ses règles, par suite de la congestion utérine, qui augmente le poids de cet organe et sollicite sa chute dans le sens des pressions.

Nous pouvons mettre au nombre des causes de mobilité anormale les maladies de l'estomac, amenant un état général mauvais et un relâchement général des tissus, en effet : « N'oublions pas de mettre au

nombre des causes de la mobilité anormale de l'utérus l'arthritisme, principe de nombreux troubles circulatoires et d'altérations du tissu conjonctif, les professions qui favorisent la stase abdomino-pelvienne, et l'habitude de se serrer .» (Stapfer.)

Un corset trop serré peut, par la pression exercée sur l'abdomen, refouler l'utérus, en étirer les ligaments suspenseurs et exagérer ainsi sa mobilité jusqu'à l'apparition des symptômes de la maladie qui nous occupe. « Le corset est nuisible parce qu'il refoule dans le bas-ventre la masse intestinale. » (Glénard.)

Il en est de même des ceintures enserrant trop fortement les flancs, entre les fausses côtes et la crête iliaque, qui agissent par le même mécanisme, en étirant les ligaments utérins, et en forçant par la pression la résistance du plancher périnéal.

A ce propos M. le professeur Fochier nous communique l'observation très intéressante d'une malade adressée par lui il y a quinze ou vingt ans à Glénard à Vichy. Celui-ci lui fit porter une ceinture remontant très haut, dépassant l'ombilic, très serrée et ne prenant pas comme d'habitude point d'appui sur les épines iliaques.

Cette ceinture, qui soulagea considérablement la malade, dans les premiers temps, fut la cause déterminante d'un prolapsus utérin. Lorsqu'elle revint, le col utérin descendait au niveau de la vulve. Cette observation montre bien le rôle de la compression dans le relâchement des ligaments utérins, puisqu'elle peut amener le prolapsus complet. C'est pourquoi

nous rangerons au nombre des causes de mobilité anormale de l'utérus la compression exercée sur les organes du petit bassin par une ceinture abdominale.

Autrement important néanmoins, comme cause de mobilité exagérée de l'utérus, est le forceps. Il est en effet très fréquent de relever dans l'histoire et les antécédents de femmes présentant cette maladie un ou plusieurs accouchements ayant nécessité une application de forceps.

Nous trouverons plus de cas de mobilité utérine exagérée chez les primipares ayant subi l'application du forceps que chez les grandes multipares dont les accouchements ont été spontanés, même lorsque l'instrument n'a causé aucun dégât apparent sur la vulve ou le périnée.

A quoi faut-il attribuer cela ? M. le professeur Fochier nous a souvent expliqué, dans ses cliniques obstétricales, qu'une des grandes causes de la stabilité utérine est due aux fortes adhérences du vagin au plancher péritonéal, adhérences qui fixent le col en continuité avec le vagin. Dans l'accouchement normal, sous l'influence de la contraction utérine, la tête glisse progressivement, poussée de haut en bas, dans le vagin maintenu par ses adhérences au plancher périnéal, sans le refouler, ni l'écraser. Le forceps, au contraire, attirant la tête de haut en bas (en dehors de la contraction utérine, qui tend à fixer le vagin en haut), entraîne avec elle le vagin, en le plissant et en mobilisant ses adhérences. Cela est si vrai que l'application de forceps amène souvent le col utérin à la

vulve, pendant la sortie de la tête. Il agit un peu, suivant une comparaison assez pittoresque, comme le ferait une personne qui voudrait chausser une bottine, sans exercer de traction sur les tirants, et qui ne réussirait qu'à écraser la tige.

Enfin, la mobilité anormale de l'utérus peut exister simultanément avec les diverses ptoses abdominales et constituer avec elles la maladie qu'on pourrait appeler la polyptose (néphroptose, entéroptose) ou la maladie de Glénard, constituée par la tendance au relâchement de tous les tissus fibreux de l'organisme. « L'entéroptose, en effet, dit M. Frantz Glénard, est une maladie d'ordre névropathique ou dyspeptique caractérisée par la chute, l'abaissement, la « ptose » de l'intestin et, comme conséquence, par la ptose des autres organes abdominaux, estomac, rein, foie, rate. La ptose de ces organes s'accompagne toujours de leur mobilité anormale. »

Nous pouvons faire rentrer l'utérus dans cette nomenclature d'organes subissant le contre-coup de l'abaissement intestinal. Le mécanisme par lequel l'intestin abaissé agira sur l'utérus, au lieu d'être constitué par tiraillements le sera par la pression.

Les déplacements du rein coexistent fréquemment avec la mobilité anormale de l'utérus.

« Toute exploration gynécologique sans recherche de la ptose rénale est incomplète ; et la constatation de cette ptose doit suggérer l'idée d'une altération génitale. L'interrogatoire et le toucher en fournissent maintes fois la preuve. » (Stapfer.)

La question de savoir par quel mécanisme sont

produites les douleurs observées s'est posée depuis longtemps dans l'esprit des gynécologues et chirurgiens. Nous trouvons, en effet, dans le traité clinique et pratique des opérations chirurgicales de Chassaignac un article sur les déviations utérines très intéressant par son exposition en forme de dialogue, nous dirions presque catéchismale. A cette question :

« A quoi sont dus les accidents douloureux qui s'observent chez les femmes atteintes de déviations utérines ? »

Chassaignac répond :

« Aux ballottements ou secousses que subit l'utérus déformé ou dévié. Ces deux conditions, la déviation et le mouvement imprimé à l'organe doivent être réunies pour que la douleur se produise. Quel que soit le degré de déviation offert par l'utérus, si l'organe est dans une immobilité complète, point d'accidents ; ceux-ci n'apparaissent que quand l'état de repos vient à cesser. »

La maladie qui nous occupe remplit absolument les conditions nécessaires à la douleur d'après Chassaignac. La réponse de cet auteur, appliquée ici, reviendrait à dire : La femme souffre parce qu'elle a une mobilité anormale de l'utérus, ce qui ne nous éclaire pas beaucoup. En analysant plus à fond les caractères de ces phénomènes douloureux, nous les attribuerons non plus seulement aux « secousses que subit l'utérus » lui-même, mais aux tractions exercées par son poids dans les différentes positions qu'il peut prendre, sur les organes voisins, beaucoup plus sensibles que lui. L'anatomie nous a montré les

moyens d'union de cet organe à l'ovaire. Par leur intermédiaire, nous aurons des tractions douloureuses sur le pédicule de ce dernier, à chaque chute brusque de l'utérus d'un côté ou d'un autre. L'accoutumance à cette douleur se fera difficilement, à cause de sa brusquerie et de son intermittence, peut-être aussi par ce fait signalé dans l'ouvrage de Le Dentu et Delbet : « Il semble que l'accoutumance se fasse mieux dans les cas extrêmes que dans les cas légers. »

Les tractions exercées par l'utérus trop mobile sur l'appendice, grâce aux ligaments signalés plus haut, nous donnent aussi l'explication des douleurs à ce niveau.

Les troubles de la menstruation, la leucorrhée s'expliquent fort bien par la congestion de l'utérus, par suite des torsions éprouvées par les vaisseaux et surtout sensibles pour les veines, moins résistantes que les artères et se laissant plus facilement comprimer.

La dysménorrhée s'explique fort bien dans le cas où la flexion du corps sur le col est associée à la mobilité anormale de l'utérus. Nous avons vu que cette alliance de la flexion et de la mobilité anormale est assez fréquente.

« La position normale de l'utérus est indispensable à la parfaite activité vitale de cet organe. Cette parfaite activité vitale se manifeste par le fonctionnement régulier des vaisseaux et des nerfs, et comme, placés dans les ligaments larges, ils traversent les parties ambiantes, il faut que ces parties soient nor-

males. Or ce n'est jamais le cas lorsque l'utérus est déplacé. Des contractions, des relâchements, produisent une congestion, et sont une continuelle entrave à l'innervation et à la circulation de l'utérus et des alentours. » (Thure Brandt)

CHAPITRE III

Symptomatologie, Diagnostic et Pronostic.

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'on a pu dire que la symptomatologie de la rétroversion est protéiforme, ce terme nous semble s'appliquer encore mieux à la mobilité anormale de l'utérus, tant au point de vue des symptômes subjectifs que des symptômes objectifs.

Symptômes subjectifs. — Tout d'abord, la malade vient consulter parce qu'elle se fatigue, depuis quelque temps déjà, à la moindre marche, ne peut tenir ses bras en l'air et ressent une douleur assez vive dans le bas-ventre chaque fois qu'elle fait un effort, ou veut soulever un poids assez lourd.

La douleur ressentie, quelquefois sourde, d'autres fois assez vive, est subite, et la force à s'arrêter, à s'asseoir, ou à renoncer à porter son fardeau.

Tantôt, à un simple changement de position, le seul fait de passer de la position couchée à la position

debout, le seul fait de s'asseoir un peu lourdement, est l'occasion d'une douleur subite et forte. La malade sent, comme elle le dit, quelque chose qui tombe dans son ventre. Aussi dans la crainte de réveiller cette douleur, la femme prend-elle des précautions pour s'asseoir le plus doucement possible.

Un éternuement, une quinte de toux, un simple frisson, peuvent donner lieu subitement aux mêmes phénomènes douloureux.

Cette douleur qui a éveillé l'attention de la malade n'est pas continue, comme dans la déviation intérine appelée rétroversion ou, comme la désigne Pichevin, rétroversion-flexion.

Celle-ci, en effet, malgré des exacerbations fréquentes à la suite d'une station debout prolongé ou d'un effort, pendant la menstruation, est continue. C'est « une sensation constante de pesanteur du côté du rectum, de l'anus ou de la vulve ».

La douleur, dans la maladie qui nous occupe, est plus subite, disparaît par intervalles, pour reprendre assez vive, tout d'un coup, après la sensation éprouvée par la patiente d'un corps tombant à l'improviste dans le bassin.

La sensation sera différente suivant que l'utérus tournera en arrière ou en avant. S'il se place subitement en rétroversion, la malade ressentira une douleur semblable à celle que provoque cette affection : sensation de pesanteur générale du périnée, plus particulièrement du rectum ou de l'anus, augmentée encore par la station verticale ou par la marche. La malade racontera qu'elle est instinctivement poussée

à se courber en avant, et que cette position fait quelquefois rétrocéder sa douleur.

Elle s'assied souvent sans éprouver de sensible soulagement ; parfois même la douleur devient plus violente, si elle se laisse tomber un peu violemment sur son siège.

Le décubitus dorsal, amène souvent d'emblée une sédation très considérable des phénomènes douloureux, surtout lorsque la femme, éprouvant la sensation d'une colique, se couche sur le ventre.

Si l'utérus, à la suite de sa grande mobilité, a exagéré son antéversion normale et vient comprimer la face postérieure de la vessie, il donnera lieu à un certain ténesme, comme dans l'antéversion vraie. La miction, que la femme fait alors dans un but de soulagement, est sensiblement douloureuse, surtout par sa répétition. Nous relèverons en effet dans nos observations des cas où la femme éprouvait très souvent le besoin d'uriner, sans arriver à le satisfaire complètement. Ce ténesme est surtout diurne. Dans la nuit la malade ne se relève pas pour uriner. Dans la position couchée en effet, la masse intestinale appuie moins fortement sur l'utérus en antéversion, et celui-ci par son poids tend à basculer en arrière, cessant sa pression sur la vessie.

A côté de ces sensations très pénibles, se rapprochant beaucoup de celles observées dans la rétroversion et dans l'antéversion, mais qui s'en distinguent néanmoins par le caractère aigu et brusque de leur début, nous en signalerons d'autres non moins vives du côté d'autres organes. C'est ainsi qu'après un

effort ou un mouvement brusque, un point douloureux peut apparaître et même apparaît généralement d'un seul ou des deux côtés, dans les fosses iliaques, dans la région correspondant à l'ovaire.

C'est une douleur spéciale, quelquefois très vive, « analogue à celle que fait naître la pression sur le testicule », souvent accompagnée d'une sensation nauséuse, bien décrite par Auvard. On l'explique facilement en se rappelant les rapports anatomiques de l'ovaire. L'utérus, dans un mouvement de bascule brusque, exerce, par l'intermédiaire du ligament utéro-ovarien, un tiraillement brusque sur le pédicule de l'ovaire qu'il entraîne en bas, tandis que le ligament lombo-ovarien se tend, et maintenant l'ovaire à sa place normale, agit suivant le mécanisme de la contre-extension.

Nous avons insisté, au point de vue anatomique, sur la dispersion à travers l'ovaire des fibres conjonctives provenant des ligaments qui accompagnent les nerfs de l'ovaire, dans le but de montrer que les tiraillements exercés sur les fibres s'exerçaient aussi sur les nerfs.

D'autres fois, cette douleur brusque et aiguë est ressentie plus haut dans la fosse iliaque droite et se localise au point de Mac-Burney, simulant à s'y méprendre le point douloureux de l'appendicite. L'existence du ligament appendiculo-ovarien de Clado et de Rouget, très bien étudié par M. le professeur agrégé Durand, nous donne l'explication de cette localisation douloureuse, et nous permet, dans la mesure du possible, d'éloigner, devant un cas de

mobilité anormale de l'utérus bien net, l'idée d'appendicite.

D'autres points douloureux moins constants peuvent coexister avec les précédents. Par exemple, ceux qui sont éprouvés dans certains points de l'excavation et augmentant au moindre mouvement. Chassaignac cite un cas où le col utérin dur et fibreux, portant un peu à gauche et en arrière, causait à une femme très maigre une douleur pelvienne assez intense.

Il est probable que la personne en question était atteinte non de mobilité anormale de l'utérus, mais d'une déviation fixe, avec abaissement utérin, mais il est possible que l'utérus, quoique susceptible de se mouvoir dans de larges mesures, puisse être maintenu en position fixe par les différentes pressions qu'il subit, de sorte que le col arrivât à endolorir le point pelvien avec lequel il se trouve le plus souvent en contact. Normalement en effet, le col ne prend pas de point d'appui constant sur le plancher périnéal. Ce point douloureux se verra surtout chez les nullipares à col long et dur.

A côté de ces douleurs locales, peuvent prendre place des irradiations douloureuses du côté des membres inférieurs et des épaules, comme dans la rétroversion, mais cependant on les observe moins constamment que dans ce dernier cas.

Dans les membres inférieurs, ce sont des sensations de fourmillement, d'engourdissement, quelques-fois de crampes, accompagnées d'une légère parésie d'un ou des deux côtés sans troubles bien notables

de la sensibilité ; cette faiblesse des membres inférieurs, de même que celle éprouvée dans la région lombaire, s'exagère considérablement par la marche, surtout au moment de la congestion utérine due à la menstruation.

On a fréquemment discuté sur la question de savoir si l'on avait affaire à une compression directe exercée par l'utérus sur les plexus nerveux avoisinants ou à des troubles réflexes. Nous nous contenterons de signaler ces symptômes, sans essayer de les expliquer.

Les troubles fonctionnels qu'on peut observer assez généralement dans la mobilité anormale de l'utérus sont, comme la douleur, constatés du côté de l'utérus et de ses annexes et du côté des autres organes abdominaux. La menstruation est assez fréquemment troublée, quoique moins cependant que dans la rétrodéviatiion fixe.

Ce sont des ménorrhagies, qui ne se reproduiront pas à chaque période de règles, dues à ce que l'utérus est déjà congestionné par suite de sa trop grande mobilité au moment où apparaît la congestion physiologique menstruelle.

Si l'utérus, au moment des règles, se trouve placé en antéversion exagérée, la dysménorrhée pourra être aussi accentuée que dans l'antéversion vraie. On l'observera surtout, dans le cas assez fréquent, où la mobilité anormale est associée à une antéflexion du corps de l'utérus sur le col, la coudure existant au niveau de l'isthme gênant considérablement l'écoulement du sang. Nous pourrions avoir chez des

femmes atteintes de cette même mobilité utérine des règles atypiques, prolongées ou écourtées, abondantes, ou presque nulles, suivant la place qu'occupera l'utérus à ce moment.

Les pertes leucorrhéiques seront aussi fréquemment observées par suite de la congestion utérine et de la facilité d'infection de cet utérus qui se renverse si facilement, et où stagnent constamment les sécrétions normales, exagérées par la congestion utérine. Leur abondance variera aussi suivant la position que prendra le plus souvent la matrice, plus grande dans la rétroflexion habituelle. C'est en effet, dans cette situation, d'après les recherches de M. Camille Fournier, d'Amiens, que l'utérus s'infecte le plus facilement. Ceci nous expliquerait en partie pourquoi ce sont les rétrodéviations qui se compliquent le plus vite et le plus souvent d'adhérences.

Des troubles fonctionnels assez prononcés peuvent exister assez fréquemment du côté de l'appareil digestif. On nous objectera qu'ils ne relèvent en rien de la maladie qui nous occupe, qu'ils coexistent simplement avec elle, et sont comme elle la manifestation et la conséquence de l'état général. Nous le pensons aussi, et ne voulons nullement en attribuer la vraie cause à l'utérus. Nous les décrivons cependant, parce qu'ils peuvent nous aider dans notre diagnostic et nous mettre sur la voie dans la recherche de la mobilité anormale de l'utérus.

Du côté de l'estomac, en dehors des crampes assez fréquentes, ce sont de mauvaises diges-

tions, accompagnées de nausées et de vomissements.

Du côté de l'intestin, constipation opiniâtre, avec ballonnement du ventre et coliques. Ces symptômes quelquefois très atténués, peuvent cependant aller jusqu'au syndrome complet de la maladie de Glénard. On ne peut nier complètement un rapport de ces symptômes digestifs avec la maladie que nous décrivons, car il n'est pas rare de les voir rétrocéder, lorsqu'on immobilise l'utérus en bonne situation. Ils sont de plus très favorablement influencés par le traitement général que nous conseillerons plus loin dans la mobilité anormale de l'utérus. Ils rentrent donc bien dans le cadre de cette maladie.

Stapfer rapporte cependant qu'il a trouvé maintes fois un principe génital aux phénomènes gastriques suivants : « Dyspepsies et gastralgies, avec tiraillements épigastriques, besoins fréquents et impérieux d'alimentation, sensation de défaillance causée par la faim, satiété immédiate, éructations, aigreurs, dilatation, gonflement avec ou sans tympanisme, hypersécrétions acides, vomissements biliaires, crises du foie et du rein, simulant les coliques hépatiques et néphrétiques, troubles oculaires, alérations passagères du poumon, toux fugaces ou persistantes, accidents hystériformes, névralgies dites à tort *sine materia*, névroses, modifications psychiques, fièvre avec ascension thermique sans purulence, subfébrilité caractérisée par des malaises vespéraux, etc.

Il est certain qu'on peut lui faire comme à nous l'objection précédente, au sujet de la plupart de ces

symptômes, surtout des symptômes nerveux, observés plus particulièrement dans la mobilité anormale de l'utérus et que nous signalerons ici.

On observe fréquemment chez nos malades de la céphalalgie, des migraines, accompagnées de sensation de vide de la tête. Souvent aussi on a mis au compte de déviations utérines les névralgies les plus diverses, de même que la chorée (Schroeder) et l'hystéro-épilepsie (Sielski).

Ce qui est certain, c'est que chez la femme atteinte de mobilité anormale de l'utérus, il n'est pas rare d'observer une dépression morale assez forte, attribuable à la douleur qui fait redouter à la malade certains mouvements. La douleur assez violente peut amener chez des prédisposées de l'excitation générale surtout pendant la période menstruelle et tous les degrés du nervosisme. C'est ce qui a fait souvent considérer comme hystériques vraies des femmes excitées et énervées par leur affection utérine. Aussi chez les femmes présentant des symptômes de névropathie, faut-il interroger l'utérus.

Souvent l'expérience a montré que la ménopause mettait un terme à ces divers désordres. Les anciens gynécologues l'avaient fort bien remarqué, ce qui leur faisait fréquemment dire à ces malades : « Attendez la ménopause. » Plus récemment on a conseillé devant ces symptômes névropathiques de rechercher et de traiter une affection utérine coexistante. Très souvent, l'observation a montré les bons résultats de cette méthode. Un pessaire bien appliqué a souvent mis fin à des désordres nerveux inquiétants. C'est

pourquoi à cette objection que l'on peut nous faire : « La mobilité anormale de l'utérus n'est qu'un épiphénomène, s'ajoutant aux symptômes nerveux, et comme eux sous la dépendance de l'état général », nous répondrons :

La mobilité anormale de l'utérus, sans être considérée comme la cause unique de ces divers désordres, n'en constitue pas moins un symptôme important qu'il faut rechercher soigneusement et ne pas négliger. Son traitement rationnel donnera souvent des résultats surprenants en ce qui concerne la cure des accidents nerveux. C'est ce qui a fait mettre par Stapfer ces divers accidents sur le compte des affections génitales dont le traitement les faisait disparaître.

Symptômes objectifs. — Devant des douleurs intenses et variées, on pourrait s'attendre à trouver des signes physiques accentués en rapport avec elles. Ce qu'il y a d'intéressant dans la maladie qui nous occupe, c'est qu'au premier et même au second examen de la malade, on peut ne trouver rien ou presque rien du côté de son utérus. L'utérus en effet, peut à ce moment avoir repris sa place normale, l'attention du médecin n'est pas alors attirée sur lui, et le relâchement ligamentaire qu'il ne recherche pas n'est pas décelé.

Ce sont des cas où le médecin se contente de rassurer sa malade en lui disant qu'elle n'a rien, que ses douleurs sont névralgiques et se passeront comme elles sont venues. Avec le temps l'utérus trop mobile

se fixera en mauvaise position. Les douleurs dues à l'excessive mobilité peuvent exceptionnellement cesser par suite de cette fixation, mais le plus généralement, on trouve dans la suite une déviation fixe en avant ou en arrière, avec tout ses inconvénients douloureux et fonctionnels.

Il faut donc au moment de l'examen d'une femme avoir présent à l'esprit, le peu de lésions qu'on peut trouver chez une malade accusant les symptômes douloureux cités précédemment. Il faudra examiner la femme successivement debout, couchée, et enfin dans la position gènu-pectorale.

Tout d'abord, on peut se rendre compte de la tonicité des ligaments qui maintiennent normalement l'utérus en antéversion, en exécutant la manœuvre recommandée par Thure-Brandt : « L'index poussant le col en arrière par le vagin, faites descendre, sans effort, les quatre doigts de la main libre en avant de la face antérieure de l'utérus, déprimez le fond du cul-de-sac, c'est-à-dire la vessie vide et la paroi vaginale, jusqu'au contact de l'index qui touche, ou à peu près, puis retirez brusquement la main. »

A l'état de tonicité normale des ligaments antérieurs de l'utérus, on a par le doigt vaginal une sensation assez forte de ressort. Cette sensation n'existe plus dans la mobilité anormale de l'utérus.

On pourra alors trouver tous les degrés de la mobilité utérine, depuis la plus faible, qu'on a rangée souvent sous le nom de rétro, latéro ou antéver-

sion mobile, jusqu'à la mobilité excessive de l'utérus qui nous fait sentir cet organe roulant dans le bassin presque comme une bille, à la moindre pression, ce qui, disons-le de suite, est très rare. Quel que soit le degré de la mobilité utérine, le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur peut percevoir trois sensations principales :

1° Ce cul-de-sac contient un organe dur, qui le refoule et le remplit, mais qui peut en être chassé, par une pression bien dirigée de haut en bas et d'avant en arrière.

2° Le cul-de-sac postérieur est entièrement libre, mais on trouve le col utérin très en avant, dans la position qu'il occupe dans la rétroversion la plus accentuée. On a dans ce cas une flexion utérine liée à une antéversion, tout en ayant un utérus très mobile.

3° Enfin on peut trouver le cul-de-sac postérieur libre, mais un col aplati en forme de couronne de boulanger, comme les appelait le professeur Laroynne. Dans ce cas l'utérus trop mobile a subi un léger degré de prolapsus qui a produit l'aplatissement du col sur le plancher périnéal, le corps utérin étant maintenu en antéversion forcée par la pression abdominale.

Dans ces divers cas on pourra facilement constater que l'utérus subit un abaissement sensible chaque fois que l'on fera tousser la femme ou qu'on lui commandera de faire un effort. On pourra de même changer par des pressions variées la position trouvée à l'utérus et la changer en une autre.

Un cas assez intéressant est celui dans lequel se trouve l'utérus en rétroversion que l'on peut facilement relever jusqu'à une certaine hauteur, sans pouvoir toutefois le réduire. On pourrait alors penser à une déviation maintenue par des adhérences assez lâches. Mais en déplaçant légèrement d'un côté ou de l'autre le corps utérin vers le sinus sacro-iliaque, on arrive à le basculer assez facilement et à le réduire. Cet arrêt de l'utérus dans la concavité sacrée est dû à une disposition anatomique anormale du sacrum. C'est un des rares cas où l'épreuve diagnostique que nous avons proposée précédemment (faire placer la malade dans la position génopectorale pour voir l'utérus se réduire de lui-même), ne réussira pas, bien qu'on ait affaire à un cas de mobilité anormale.

Ce moyen n'en est pas moins très précieux, au point de vue du diagnostic. Lorsqu'un utérus trouvé en rétroversion sera réduit par le seul fait de placer la femme pendant quelques minutes dans cette position, on pourra affirmer l'existence de la mobilité utérine anormale.

Si on pense chez une vierge à une mobilité utérine anormale, et que le toucher vaginal ne puisse être pratiqué, on peut en suivant les conseils donnés par Stapfer dans son traité des maladies des femmes faire le toucher rectal.

« C'est en effet, comme il le dit, la seule voie par laquelle on puisse parcourir la face postérieure et le fond des utérus rétrodéviés, quand la bascule en arrière est aussi complète que possible, ou au con-

traire quand elle est très incomplète, le fond occupant une position relativement élevée dans la concavité sacrée. »

On pourra par cette manœuvre sentir que la rétrodéviatiou constatée est mobile et que l'on peut, la femme étant dans la position génu-pectorale latérale, repousser cet utérus en avant, et que la main abdominale le renvoie facilement en arrière, ce que perçoit facilement le doigt introduit dans le rectum.

Ce symptôme associé aux douleurs vives ressenties par la malade, nous permettra de faire le diagnostic de l'affection qui nous occupe.

Il faut dire ici que l'utérus trouvé en rétroversion chez la vierge est en général très peu mobile, et que ce seront surtout des rétrodéviations fixes très douloureuses que nous constaterons chez elle, la mobilité anormale de l'utérus, atteignant surtout les femmes ayant eu un ou plusieurs accouchements.

Recherchant du côté des autres organes, tant du bassin que de la cavité abdominale tout entière, on pourra souvent déceler des ptoses multiples.

L'ovaire pourra être trouvé dans un des culs-de-sac vaginaux. Dans une observation très intéressante on a même trouvé un rein tombé dans le cul-de-sac postérieur.

DIAGNOSTIC. — Très facile dans le cas de mobilité excessive, il peut être très délicat lorsque l'utérus quoique très mobile est maintenu dans sa mauvaise position par des anomalies anatomiques comme dans

le cas que nous avons cité dans le chapitre précédent et où le fond utérin était enclavé dans la concavité sacrée. Si le corps de la matrice est trouvé en latérotation, ou en antérotation, il sera toujours assez facile de déceler sa grande mobilité en faisant prendre à la femme des positions différentes. De plus on pourra facilement réduire ces diverses déviations si l'on a l'habitude du toucher et du massage gynécologique. L'appréciation de la réductibilité, variable en général avec l'habileté des opérateurs, sera cependant, dans le cas qui nous occupe, assez facile à faire à cause de la grande mobilité de l'organe lorsqu'on le soustrait aux pressions qui maintenaient sa position vicieuse par les moyens que nous avons signalés précédemment.

Pour Pichevin, on trouverait toujours l'utérus trop mobile en rétrodéviatiou. C'est en effet très fréquemment dans le cul-de-sac vaginal postérieur qu'on trouve le corps utérin, mais non pas toujours, comme nous l'avons constaté. Dans ce cas encore, il sera facile à l'aide de pressions directes sur le fond utérin lui-même, ou par des pressions exercées latéralement sur lui, de s'assurer de la mobilité de cette déviation. Toutes les rétrodéviations qui pourront être réduites, par la pression du doigt introduit dans le vagin rentrent dans le cadre de notre maladie, mais c'est dans ce cas que la position génu pectorale sera un véritable moyen de diagnostic. Comme le dit Auvard, « quand la femme est placée dans cette position, l'intestin, attiré par la pesanteur dans la direction de la poitrine, crée une pression négative dans le vagin,

d'où pénétration de l'air dans ce canal. Sous l'influence de la pesanteur, l'utérus tend à se placer dans sa position normale, et y arrive progressivement, s'il n'existe pas d'adhérences ».

Un moyen de confirmation du diagnostic, est la columnisation, que nous appellerons, avec M. le professeur Condamnin, le traitement d'épreuve. Il consiste, après avoir réduit l'utérus dans une position à peu près normale, à l'immobiliser dans cette position. Pour cela, on fait une simple application vaginale de tampons aseptiques, en quantité suffisante pour assurer cette immobilité. Cela fait, recommander à la malade de marcher longuement, de soulever les poids qui lui causaient auparavant de la douleur, de tousser et de prendre les positions qui lui étaient précédemment très douloureuses.

Si nous avons affaire à un cas de mobilité anormale de l'utérus, nous avons alors une disparition complète des symptômes douloureux. La femme pourra s'asseoir brusquement sans éprouver la sensation pénible qu'elle ressentait avant cette application de tampons.

Les douleurs lombaires, les fourmillements dans les membres inférieurs ainsi que les crampes disparaîtront aussi. Ce moyen de diagnostic, très précieux et lié à la facile réduction de l'utérus, permettra, suivant qu'il aura donné ou non un résultat positif, de faire un pronostic et d'instituer un traitement curatif que nous indiquerons plus loin.

Le diagnostic de l'utérus trop mobile, trouvé par le toucher en position anormale, avec une tumeur des parois utérines ou du bassin se fera beaucoup plus

facilement que celui de celle-ci avec une de ces déviations fixées par des adhérences. En effet, outre que les symptômes spéciaux à ces diverses tumeurs ne sont pas rencontrés dans la mobilité anormale de l'utérus, on éliminera le diagnostic de tumeur par ce fait que ce qui semblait en être une disparaît complètement lorsque l'utérus est à sa place normale. Il sera donc dans ce cas inutile de procéder à l'hystérométrie, qui n'est pas toujours inoffensive.

PRONOSTIC

Au XIII^e Congrès international de médecine, tenu à Paris en 1900, M. Camille Fournier, d'Amiens, exposant l'histoire et la marche des rétrodéviations, fait en quelque sorte le pronostic de la mobilité anormale de l'utérus, dans le cas où celle-ci est livrée à elle-même sans aucun traitement.

Schématissant un peu trop à notre avis, il divise la marche de la rétrodévation en trois phases distinctes.

« Dans la première, l'utérus est très mobile, et la malade ignore souvent son affection. » Nous pouvons faire rentrer la maladie qui nous occupe dans cette catégorie, avec cette différence que la malade, loin d'« ignorer son affection », ressent au contraire les douloureux symptômes de sa mobilité utérine. Son utérus, qui a basculé pour se mettre généralement en rétroversion, avec les sécrétions normales, exagérées, qui y stagnent, devient, s'il n'est pas réduit et

maintenu en bonne position, « un terrain favorable aux microbes, qui y détermineront souvent une métrite et la formation d'adhérences fixant la mauvaise position, d'ou rétroversion fixe ».

Il propose, dès cette première phase, le traitement par l'hystéropexie vaginale, même pour la rétrodéviation mobile et indolore. Malgré les symptômes douloureux, inquiétants souvent, constatés dans la mobilité anormale de l'utérus, nous n'acceptons pas d'emblée cette intervention. Nous montrerons plus loin qu'un traitement moins compliqué et tout aussi efficace peut être appliqué dans ce cas.

Lorsque le traitement d'épreuve aura réussi, nous serons en mesure de rassurer entièrement la malade et de lui promettre une guérison assez rapide, si toutefois nous n'avons pas trouvé de lésions annexielles surajoutées, et si elle se soumet au traitement curatif. C'est l'opinion émise par Pichevin dans l'ouvrage de Le Dentu et Delbet.

« Le traitement a une influence rapide et curative quand il est appliqué avant que les lésions de l'appareil de soutènement ne soient trop considérables. Mais si on laisse cette maladie suivre sans traitement son évolution, on ne tardera pas à être en présence d'une déviation fixe définitivement constituée. »

CHAPITRE IV

Traitement.

TRAITEMENT CURATIF

Il a pour but localement :

- 1° D'*exciter*, dans la mesure du possible les contractions des ligaments suspenseurs de l'utérus;
- 2° De *tonifier* les muscles du diaphragme pelvien;
- 3° De *maintenir* dans l'intervalle l'utérus en bonne position.

Nous étudierons les divers moyens proposés pour arriver à ce résultat, en insistant particulièrement sur ceux qui nous paraissent agir le mieux dans le cas qui nous occupe.

Enfin, comme la mobilité anormale de l'utérus est souvent la conséquence d'un état général mauvais, nous insisterons ensuite sur le traitement général qu'il convient d'appliquer ici.

Une quantité considérable de moyens destinés à tonifier les muscles et les ligaments ont été proposés.

Signalons les injections vaginales, froides ou

chaudes, avec jet constant et assez fort, agissant par la percussion qu'il produit sur les culs-de-sac et sur les tissus plus profonds en contact avec eux ; les injections rectales destinées à agir sur les ligaments et les tissus plus éloignés, enfouis dans la fosse iliaque. Ce dernier mode de traitement pourra être associé aux excitations des ligaments par la voie rectale, à l'aide de petits lavements de glycérine pure, ou de suppositoires divers chez les vierges, où l'on ne pourra intervenir par le vagin. « Grâce à des alternatives d'ampliation et de déplétion du rectum, on obtient une succession de distensions et de raccourcissements des ligaments utérins et ovariens, ramenant petit à petit leur tonicité » (Reclus.)

Pour exciter la contraction des ligaments utérins et tonifier les muscles du plancher pelvien, il était naturel de s'adresser à l'électrisation. C'est ce que fit, il y a environ trente ans, Tripier de Paris, qui rapporte avoir eû de beaux succès par l'emploi des courants interrompus et des courants faradiques. Sa méthode consistait à faire passer un courant électrique par les divers ligaments de l'utérus au moyen d'une électrode introduite dans le vagin, constituée par un fil conducteur terminé par une éponge imbibée d'eau salée, et une autre placée sur la paroi abdominale au-dessus du pubis. Il graduait le courant de telle sorte que la malade le « ressentît fortement, mais sans en souffrir ». Il électrisait aussi les ligaments utéro-sacrés à l'aide d'une électrode introduite dans le rectum constituée par une « olive portée dans une sonde métallique isolée, dont la courbure repro-

duisait à peu près la concavité sacrée ». L'électrode externe était placée sur le sacrum. A l'aide de ces divers procédés il faisait la faradisation sacro utérine, recto utérine, pubio-utérine, deux fois par semaine.

La durée de passage du courant était de trois à six minutes. D'après lui, l'électrisation agirait à la fois sur l'hyperémie utérine cause de la dysménorrhée, sur la fibre utérine elle-même et sur les ligaments suspenseurs de l'utérus. Ce dernier point a été contesté par certains auteurs, mais ce qui est indiscutable, c'est l'action bienfaisante de l'électrisation des muscles du périnée, en particulier du releveur de l'anus, sur la fixation de l'utérus. Il suffit, laissant en place l'électrode vaginale, de placer l'électrode externe sur le périnée en dedans de la tubérosité de l'ischion sur le trajet des nerfs honteux internes pour obtenir des effets trophiques remarquables. D'après Doléris, l'action des courants faradiques sur la sensibilité serait des plus nettes ; ils produiraient une sorte d'anesthésie des nerfs sensitifs. Apostoli a confirmé ce dernier effet, obtenu par lui avec des bobines à fils fins, au Congrès international de gynécologie à Bruxelles, en septembre 1902. Les bons résultats obtenus par Tripiier par l'électrisation des ligaments utérins n'ont pas toujours été observés par ceux qui ont expérimenté cette méthode, et l'électrisation du périnée cause quelquefois des sensations si désagréables aux malades *qu'on ne peut la préconiser d'une manière générale* dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Elle a été supplantée par une méthode nouvelle

dont les résultats sont indéniables à l'heure actuelle, nous voulons parler du massage gynécologique.

Malgré l'aventure assez gaie arrivée à un étudiant de Paris qui, il y a longtemps déjà il est vrai, préconisait dans sa thèse le massage génital chez la femme, et se vit forcé, par suite de la pudibonderie de ses juges, de changer de sujet de thèse, de nombreux cas de guérison ont été obtenus par cette méthode. Dès 1859, Thure-Brand, qui l'employait, en avait constaté les heureux résultats ; depuis, il a perfectionné et vulgarisé sa méthode.

Depuis de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, MM. Jentzer et Bourcart, dans leur traité de *Gymnastique gynécologique*, en ont appliqué les principes aux diverses affections utérines, et nous trouvons dans le traité de kinésithérapie de M. le docteur Stapfer ces divers procédés de massage, destinés à tonifier à la fois l'appareil de suspension et de soutienement de l'utérus. Tout d'abord est-il possible de rendre aux ligaments relâchés en totalité ou en partie leur vitalité et de les tonifier ?

Thure Brandt l'affirme d'après une « ample moisson d'expériences ». Le vagin relâché devient plus ferme, plus court, plus étroit. Le plancher pelvien affaibli recouvre sa force. L'utérus, anormalement mobile, se fixe de plus en plus en situation physiologique. » Pour cet auteur le meilleur moyen de rendre leur tonicité aux ligaments relâchés et de faire disparaître soit un déplacement quelconque, soit la mobilité anormale utérine, est d'employer l'opération qu'il appelle l'élévation de l'utérus.

« Le but à atteindre est le réveil de la contractilité par des extensions courtes, pas trop énergiques, secondées de vibrations, pour les attaches trop lâches. »

Stapfer définit l'élévation : « une manœuvre spéciale par laquelle on saisit et on soulève l'utérus avec deux mains à travers le paroi abdominale. »

La malade doit être à demi couchée sur une chaise longue assez basse « les jambes fortement fléchies, les genoux écartés, les pieds bien joints.

Le médecin, dit Thure-Brandt, à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin ramène d'abord autant que possible l'utérus en position normale, puis il applique le doigt haut sur la face antérieure du col et pousse celui-ci un peu haut et en arrière de sorte que le fond mobile s'incline en avant et en bas. La main libre posée sur le ventre, les doigts dirigés en bas, déprime le paroi abdominale, pour aller à la recherche du fond utérin.

Une fois le fond de l'utérus ramené en avant un aide saisit à deux mains les bords latéraux de cet organe à travers le paroi abdominale, en plongeant la pulpe des doigts dans le bassin.

L'utérus ainsi saisi est soulevé lentement, avec « une légère vibration, le long du sacrum, suivant un arc, en exerçant la pression autant que possible seulement sur la partie inférieure de l'utérus, de façon à ne pas le renverser en arrière, mais au contraire à l'antéverser le plus possible ». Dans le cas de mobilité anormale de l'utérus, les ligaments étant très souples et très relâchées l'utérus pourra facilement

être élevé très haut. Le doigt introduit dans le vagin ne pourra pas suivre le mouvement d'élévation pendant tout son parcours. L'aide devra donc, pendant le mouvement de descente, laisser aller l'organe doucement et par degré, avec une légère vibration, jusqu'à ce que le col soit perçu par le doigt vaginal, qui sitôt qu'il le pourra, viendra appuyer sur la région cervicale antérieure pour maintenir l'antéversion.

D'après Thure-Brandt, « cette opération a une influence tonifiante sur les ligaments de l'utérus, effet comparable à celui que produisent les mouvements actifs sur les muscles striés. Une extension brève et forte, fait contracter les parties relâchées. Elle atteint le vagin, les divers ligaments, le péri-toïne, et a pour contre-coup la contraction des attaches. Je comprends dans celles-ci le vagin, qui fixe l'utérus en bas, très solidement. »

« La répétition quotidienne de la manœuvre constitue un exercice analogue à celui du travail musculaire régulier, et est aussi efficace. Par la répétition de la manœuvre, par les excitations contractiles continues, les attaches privées de tonicité la retrouvent, et reprennent la prédominance qu'elles avaient perdue et qu'elles conservent. Alors la position normale de l'utérus persiste. Ne jamais cependant tirer assez fort pour produire des hémorragies capillaires. »

On peut joindre à cette opération, un léger massage vibratoire de la face postérieure et des faces latérales de l'utérus, ayant pour but de décongester l'organe. Ce massage sera fait par la main extérieure à travers la paroi abdominale, pendant

que le doigt vaginal appuiera [sur la face antérieure du col pour maintenir l'antéversion.

Le tapotement sacré, effectué avec la tranche cubitale des deux mains frappant à petits coups et rapidement, est aussi très utile d'après ce même auteur.

Il conseille aussi, pour stimuler l'innervation des ligaments, des pressions vibrantes, dont le point d'application se trouve à gauche et à droite du promontoire sur le grand sympathique, et un peu plus bas et plus profondément sur le plexus hypogastrique. On opère alors par le vagin et le rectum.

Les ligaments utéro-sacrés étant relâchés dans le cas qui nous occupe, il convient d'exercer des pressions vibrantes autour d'eux, et sur leur point d'attache.

Pour remplir la seconde indication du traitement, c'est-à-dire tonifier le périnée que l'on a trouvé lâche et mollassé, il est difficile d'agir directement sur lui par le massage.

Un moyen détourné, et cependant fort simple, est recommandé par Thure-Brandt et Stapfer.

Il consiste en ce qu'ils appellent l'adduction fémorale. La patiente étant à demi couchée, les genoux rapprochés et serrés fortement l'un contre l'autre, lui écarter dans un premier temps les genoux, en lui recommandant de faire tous ses efforts pour résister.

Dans un second temps ordonner à la malade de rapprocher ses genoux pendant que l'on résiste.

« Pendant ce mouvement les muscles périnéaux se contractent surtout si le siège est tenu haut.

Un sport bien en vogue à l'heure actuelle, la bicy-

clette, supplée aussi très bien aux inconvénients qu'offre le massage direct du périnée. Outre le massage direct que la selle exerce sur celui-ci, par les mouvements actifs d'extension et de flexion des cuisses et des jambes, par l'effort qu'elle nécessite pour le maintien de l'équilibre qui consiste en petits mouvements d'adduction et d'abduction des cuisses associés à quelques flexions latérales compensatrices du tronc, elle remplit assez bien les diverses indications exposées par Thure-Brandt et résume les principaux exercices recommandés par lui dans sa gymnastique gynécologique. Elle exige consécutivement une contraction et un relâchement des muscles des cuisses et en même temps une tension constante des muscles du périnée. Fortifiés par cet exercice, ces muscles résistent mieux à la pression des viscères et empêchent, comme le dit Thure-Brandt, que cette pression ne rétroverse l'utérus, ou n'allonge les ligaments. L'action simultanée des muscles dorsaux, nécessaire à l'équilibre, supprimerait aussi la congestion du bassin. Ce dernier point peut être contesté, mais il est certain que la bicyclette employée sans excès, dans de petits trajets, sans grands efforts, aurait plutôt un effet décongestionnant, car la circulation est ainsi accélérée.

Grâce aux mouvements des jambes, elle congestionne infiniment moins que la station assise prolongée dans l'immobilité.

La malade devra autant que possible ne pas porter de corset pendant l'exercice de la bicyclette, mais plutôt une ceinture hypogastrique de Glénard, très

souple, prenant appui sur les deux épines iliaques antérieures et supérieures, et s'opposant à la trop grande pression des viscères sur le périnée, dans l'attitude un peu penchée en avant que prend naturellement la femme.

« La femme de retour chez elle fera bien, comme le conseille Brandt, de soumettre son releveur et ses sphincters à la gymnastique suivante : debout et appuyée contre un mur, elle croisera les jambes et contractera ses muscles périnéaux, comme on le fait pour retenir un vent ou des matières. »

Faut-il maintenir l'utérus en position normale par un pessaire, dans l'intervalle de ces divers exercices ? Thure-Brandt le déconseille, mais il recommande à ses malades de ne se livrer à aucun effort pouvant changer la position de leur utérus. Mais nombre de femmes, peu aisées, atteintes de mobilité anormale de l'utérus, sont obligées, pendant la durée un peu longue de leur traitement, de continuer les occupations qui les font vivre. Dans ce cas, il sera prudent et utile de leur appliquer un pessaire, même de leur faire porter une ceinture de Glénard. Chassaignac, en effet, s'était bien rendu compte de leur utilité, et à cette question qu'il se pose :

Quels sont les moyens qui agissent contre le *ballotement douloureux* de l'utérus ?

Il répond : 1° La compression du bas-ventre par une ceinture hypogastrique ;

2° Les pessaires ;

3° L'emploi simultané de la ceinture et des pessaires ;

La ceinture hypogastrique, d'après lui, ne fait pas

cesser la déviation, mais elle en neutralise les effets douloureux. « Elle donne plus de fixité et d'assiette à l'organe. Ce qui le prouve, c'est que les malades sont soulagées : elles marchent, elle montent en voiture, elles soulèvent des fardeaux. Plus de douleurs. »

« Les pessaires, ajoute-t-il, agissent à la manière d'une pièce de remplissage, qui diminue le ballonnement de l'utérus ; en un mot, à la manière de ces substances intermédiaires qui dans une caisse remplie d'objets fragiles, préviennent le choc de ces objets les uns contre les autres.... L'expérience clinique nous a prouvé que les pessaires ont une action à peu près identique, en dépit de la forme qu'on leur donne, et ce qu'on obtient de tel ou tel pessaire de forme particulière on le réalise aussi bien par le simple usage d'une poche de caoutchouc parfaitement sphéroïdale ; ces deux moyens, ceinture et pessaire, ont un effet commun qui consiste à prévenir le ballonnement. »

Et comme faisant l'histoire de la maladie qui nous occupe, il ajoute :

« Ce qui cause la douleur, ce n'est pas la déviation ou la déformation, c'est le tiraillement de l'organe déformé ou dévié. Tel utérus en antéversion ou en rétroversion ne causera pas de douleur dans l'immobilité ; il deviendra le siège d'une douleur aussitôt que, par la marche, les efforts, les secousses de la voiture, ou l'acte générateur, il y aura locomotion dans l'organe déformé ou dévié. »

Thure-Brandt, dans son ouvrage, attaque l'emploi

des pessaires. Il prétend que les femmes qui en ont porté quelque temps sont moins susceptibles d'être soulagées par le massage, et que celui-ci, chez elle, exige pour arriver à un résultat sérieux une plus longue durée. Il attribue ce fait aux compressions dues aux pessaires durs et rigides, amenant une certaine paralysie des nerfs.

Pour le traitement de la mobilité anormale de l'utérus, nous ne rejeterons pas comme cet auteur l'emploi du pessaire. Les pessaires rigides, qui sont indiqués surtout dans les cas où pour maintenir l'utérus en position normale, il faut lutter contre le raccourcissement d'un ligament tendant à attirer l'utérus vers son point d'implantation, ne sont pas absolument nécessaires. Il n'y a pas, en effet, de raccourcissements dans la mobilité anormale de l'utérus; les ligaments au contraire sont distendus et étirés, il n'y a pas besoin de lutter contre eux, donc inutilité de pessaires rigides. Le seul poids de l'utérus tend, sous l'influence des diverses positions de la malade, à entraîner cet organe en mauvaise position. On luttera assez facilement contre cette action de la pesanteur. Nous conseillerons un pessaire semblable à celui du Dr Ménière, décrit dans les *Annales de gynécologie* de 1883.

Il rappelle par sa forme le pessaire rigide de Hodge et par son élasticité ceux de Mieg et de Dumontpallier. Il est constitué par deux arcs élastiques de même rayon, réunis par deux branches parallèles sous deux angles égaux. Son squelette, tout en ressort de montre, est recouvert d'une couche de caoutchouc d'un

diamètre de 6 à 8 m/m seulement. Sa résistance est suffisante pour maintenir l'utérus en position normale dans l'intervalle des séances de gymnastique et de massage.

Bien qu'il soit nécessaire de s'occuper particulièrement du traitement local, il ne faut pas oublier les causes étiologiques, arthritisme, anémie, maladie de Glénard et traitant le mal, il faut aussi traiter la cause.

La bicyclette, dont nous avons précédemment parlé remplit en quelque sorte ces deux indications.

Outre la tonicité qu'elle rend aux divers muscles du périnée, elle active les échanges nutritifs, les combustions et contribue à améliorer l'état général. Mais elle suppose un certain degré de force et d'énergie dont bien des malades sont incapables. On peut et on doit alors recourir au traitement thermal, qui d'après Doléris, « donne d'excellents résultats dans les déviations en général de l'utérus, à cause de l'action tonifiante et excitante indéniable qu'il exerce sur toutes les fonctions de l'économie. Il est surtout efficace dans les déviations encore à l'état mobile ». Il est donc, si cette affirmation est bien vraie, tout à fait indiqué dans les cas dont nous nous occupons.

Sans vouloir essayer de trouver dans les diverses eaux thermales une vertu spécifique ou d'expliquer leur action souvent mystérieuse, nous nous appuierons simplement sur l'expérience clinique. Depuis longtemps ce traitement a fourni des exemples de guérisons, qui pour être obtenues d'une façon assez empirique, n'en sont pas moins certaines.

Dans la maladie que nous étudions, comme dans

toutes les affections utérines, il convient de faire deux parts dans l'action des eaux minérales, suivant qu'elles sont employées localement en irrigations dans le vagin ou le rectum, ou sur la surface entière du corps, sous forme de bains généraux.

Employées localement en douches ou irrigations, vaginales ou rectales, elles n'ont pas une autre action que d'autres eaux employées dans les mêmes conditions et à la même température. Elles n'agissent guère que par le massage qu'on leur fait artificiellement produire.

Elles agissent, par les grands bains, d'une façon générale sur la constitution de la malade, en modifiant avantageusement les phénomènes intimes de la nutrition.

Robin, dans son étude sur l'action des eaux de Salies de Béarn, a trouvé qu'elles augmentaient le taux de l'oxyhémoglobine dans le sang et diminuaient l'acide urique de l'urine. Scoutetten a attribué les actions différentes des diverses eaux thermales à leur degré plus ou moins élevé d'électrisation. Quoi qu'il en soit, la cure thermique, tout en relevant l'état général de la malade, aura une action très efficace sur les symptômes nerveux, qui coexistent fréquemment avec la mobilité anormale de l'utérus, et son emploi, dans tous les cas où il est possible, ne devra pas être négligé.

OBSERVATIONS

Observations publiées par Nordstroem dans son « Traité pratique de massage. »

Dans les observations si intéressantes de Nordstroem et si bien prises que nous ne croyons pas inutile de les reproduire en entier, nous trouvons une description complète des symptômes de la maladie qui fait l'objet de notre travail. Cependant, cet auteur place la mobilité exagérée de l'utérus au rang d'un phénomène accessoire, comme la leucorrhée, et attribue les divers troubles observés à une métrite primitive.

Nous avons montré que la mobilité exagérée de l'utérus ne s'accompagnait pas à son début d'une infection de cet organe et que c'était précisément elle qui le mettait dans les conditions défavorables permettant la stagnation des sécrétions, qui pouvaient devenir un excellent milieu de culture. Pour nous, le relâchement des moyens de fixité de l'utérus est à la tête de tout le cortège symptomatique que décrit si bien Nordstroem. La mobilité utérine exagérée est la maladie, la métrite en est la conséquence. Ce

n'est qu'une question d'interprétation des symptômes qui nous sépare des idées de Norstroem.

Devant une même malade, que cet auteur appellera : femme atteinte de métrite avec mobilité exagérée de l'utérus, nous dirons : femme ayant un utérus trop mobile, de ce fait et secondairement infecté. La description des symptômes et le traitement seront les mêmes, attendu que dans la généralité des cas, et de l'avis de Norstroem lui-même, la métrite guérit par le seul fait de la cure de la mobilité anormale, ce qui vient à l'appui de nos idées ; il est croyons-nous, fort peu de maladies qui guérissent par suite du traitement d'un seul de leurs symptômes.

OBSERVATION CXCVI

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Mobilité exagérée de l'utérus. — Névralgies réflexes de différents sièges. — Nervosisme. — Massage. — Guérison.

M^{me} C..., trente-quatre ans, femme d'un employé, se présente à la clinique le 27 janvier 1877. Elle est grande, forte et paraît robuste. Il y a quatre ans, accouchement normal, ne s'est jamais complètement remise ; douleurs très pénibles dans les reins et dans le bas-ventre, elle éprouve en même temps une sensation qu'elle compare à celle que produirait un corps étranger intra-vaginal. Cette personne, qui est à la tête d'un magasin de lingerie, est obligée de beaucoup marcher et de rester longtemps debout. A la fin de la journée elle se sent complètement anéantie.

Leucorrhée profuse et visqueuse à l'approche des périodes menstruelles. Appétit capricieux ; digestion tardive ; constipa-

tion opiniâtre habituelle, est obligée de prendre constamment des lavements. Le ventre présente une tendance marquée à se ballonner, surtout à la fin de la journée. Envies fréquentes d'uriner ; douleurs lancinantes dans la région anale, s'irradiant dans le voisinage et rendant la défécation et la station assise extrêmement douloureuses. Elle a de l'embonpoint, mais elle est pâle, les muscles sont flasques et sans vigueur.

Injectons de décoction de feuilles de noyer ; traitement général reconstituant ; injections caustiques intra-utérines. Dans ces derniers temps, elle a passé quelques mois dans un établissement d'hydrothérapie. Elle a eu un peu d'amélioration, mais qui ne s'est pas maintenue ; elle consistait surtout dans la diminution de la leucorrhée.

Depuis trois mois tout au plus, elle est retombée dans son état antérieur.

La première fois que je vis cette personne, elle présentait tous les symptômes énumérés des névralgies dans différentes directions, toutes plus ou moins éloignées des organes génitaux. Elle a des palpitations, des accès de suffocation ; la moindre contrariété lui donne envie de pleurer ; le sommeil est très agité, interrompu par des rêves pénibles ; elle ne dort qu'à de longs intervalles. Les règles sont abondantes, très douloureuses au début, la malade est obligée de garder le lit pendant toute leur durée.

L'utérus est agrandi, longueur 7 cent. 5, il est plus dur que d'habitude et d'une mobilité extrême ; un jour il est en antéversion, le lendemain, il est en rétroversion. Le col est volumineux ; l'orifice externe, béant, ne présente rien d'anormal, mais il laisse écouler un liquide visqueux, assez concret, filamenteux.

L'application du massage est un peu difficile à cause du ballonnement du ventre.

Je fais venir la malade à mon cabinet, le matin, à une heure où le ballonnement est encore peu marqué ; en même temps je lui fais prendre la position cubitale.

Tapotement sur la région lombaire. L'utérus, pour l'instant

en rétroflexion, et paraissant enclavé dans la région postérieure du bassin, put être ainsi ramené en avant; massage possible par le procédé ordinaire. Au bout de quelques semaines, la sensation de pression hypogastrique avait notablement diminué la malade pouvait se tenir debout et vaquer à ses affaires. Après quarante-cinq séances, en deux mois, la guérison put être considérée comme complète. Les hémorragies et la leucorrhée ont cessé: n'a plus mal aux reins, la coccydynie a presque disparu; l'état général est meilleur, les accidents nerveux sont insignifiants. Les seuls phénomènes qui persistent sont la constipation et un peu de douleur anale.

J'ai revu cette personne plusieurs fois depuis la fin du traitement; l'état général était resté excellent, elle avait même perdu l'embonpoint maladif qu'elle présentait au début.

OBSERVATION CXCVIII

Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Douleurs de différents sièges. — Pas de grossesse depuis quatre ans. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse quelques temps après la fin du traitement.

M^{me} M..., vingt-six ans, aurait eu un avortement au deuxième mois d'une grossesse. Nouvel accouchement au mois de février 1873 (accouche à terme d'un garçon qui meurt peu de temps après). Pas de nouvelle grossesse pendant les quatre ans qui suivent. Depuis la dernière couche, douleurs assez prononcées pour qu'elle ne puisse pas vaquer aux soins habituels du ménage.

Douleur lombaire sourde accompagnée de faiblesse de tout le corps et principalement des jambes. Palpitations, essoufflements. De temps en temps, surtout à l'époque des règles, douleurs dans le sein gauche, accompagnées de gonflement et de congestion; à toujours eu de la leucorrhée depuis qu'elle a été réglée pour la première fois; ces divers accidents ont notablement augmenté

dans ces derniers temps ; en même temps le liquide est devenu plus épais. Aspect général satisfaisant. Cette malade porte une ceinture hypogastrique qui lui permet de marcher sans trop de difficulté. Pas d'autre traitement que des injections vaginales d'une solution d'alun et des tampons vaginaux d'une substance indifférente. A mon premier examen au mois de décembre 1877, je constate que l'utérus est en place, mais qu'il est un peu plus mou et plus mobile qu'à l'état normal.

Par suite de la flaccidité de la paroi abdominale, le massage n'est pas difficile. Sous l'influence du traitement, les douleurs diminuent aux périodes menstruelles et dans leur intervalle. Au bout de quelques semaines, cette personne se croit assez bien pour pouvoir interrompre le traitement. Je ne la revois qu'à la fin de 1878. Depuis le massage, la menstruation a toujours été régulière, mais les trois dernières époques se sont passées sans qu'elle ait rien vu. Elle éprouve les mêmes phénomènes que dans sa grossesse antérieure. Des renseignements que j'ai eu plus tard, m'ont appris que la grossesse a suivi son cours et que cette personne est accouchée à terme d'une fille bien constituée et qui a vécu. La douleur du sein gauche a complètement disparu à la suite du traitement.

OBSERVATION CXCIX

Métrite parenchymateuse. — Dysménorrhée. — Douleurs réflexes éloignées. — Massage. — Guérison.

M^{me}M..., vingt-huit ans, se présente à moi au mois d'avril 1880. Mère de deux enfants, dont le plus jeune a trois ans. Réglée à treize ans pour la première fois, sans accidents ; menstruation toujours régulière. Le dernier accouchement a été très pénible. Depuis lors traitée par différents spécialistes pour catarrhe utérin avec ulcération étendue. Cautérisation au nitrate d'argent ; injections intra-utérines d'une solution de nitrate d'argent. Hydrothérapie, bains de mer dans le courant de l'été dernier.

Alimentation fortifiante, vin de quinquina, viande crue sous plusieurs formes. Toutes les fois qu'elle est revenue des bains de mer, sa santé était satisfaisante, elle souffrait peu. L'hydrothérapie produisait également une amélioration passagère. Depuis l'année dernière, elle porte une ceinture hypogastrique. Cet appareil est très utile et grâce à lui, la marche est devenue possible. Pourtant, elle éprouve de temps à autre, surtout au moment des règles, dans les reins des douleurs qui s'irradient du côté des cuisses. Dans les ovaires, des deux côtés, douleurs sourdes qui prennent de temps en temps le caractère aigu et paroxystique. Elle éprouverait une sensation analogue dans la région précordiale. La leucorrhée, profuse autrefois, est aujourd'hui insignifiante ; écoulement muco-purulent léger, un peu plus abondant au moment des règles. Celles-ci sont normales, pas de ménorrhagie. La dysménorrhée n'a fait qu'augmenter. La malade est obligée de garder le lit vingt-quatre heures avant la menstruation. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement sanguin s'établit, elles reviennent un peu après et ne disparaissent qu'au bout de trois jours. Digestion pénible et capricieuse. Toujours un peu de constipation. A la fin de la journée, le ventre est si ballonné que la malade est obligée de desserrer ses habits de temps à autre pour se procurer quelque soulagement, la respiration étant gênée. Elle est tourmentée par une céphalée continue et très pénible. Pas de dyspareunie. Au toucher : utérus très volumineux, mobile en tous sens. Par l'orifice cervical, sort du mucus glaireux, assez épais, mais en petite quantité. Météorisme intestinal rendant le massage assez difficile. L'utérus est peu sensible au toucher, mais les manipulations provoquent une douleur hypogastrique que la malade compare à la compression qu'exercerait une barre. Cette pression est accompagnée d'une névralgie intercostale. Après trois semaines de traitement, la douleur a changé de siège spontanément. Cesse après quatre à cinq séances. Plus de dysménorrhée ; contrairement à ce qui se passait depuis longtemps, cette malade fut absolument surprise par l'arrivée de l'écoulement menstruel. A l'époque suivante tout se passa pour

le mieux. Plus de douleurs dans la région des ovaires et des reins, la malade peut faire des courses à pied, rester longtemps debout. Le traitement a duré cinq semaines, il y a eu trente-huit séances. La malade a repris de l'embonpoint ; je l'ai revue à plusieurs reprises depuis ce temps ; la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION C C

Métrite chronique. — Douleur ovarienne. — Mobilité de l'utérus. — Dysménorrhée. — Massage utérin. — Guérison.

M^{me} M..., vingt-trois ans, brodeuse, vient réclamer pour la première fois mes soins au mois de février 1877, pour une violente douleur dans les deux aines, plus marquée du côté droit. Deux accouchements ; le dernier, il y a quatre ans ; c'est à celui-ci qu'elle fait remonter l'origine de son mal. Il aurait été assez laborieux ; aurait nécessité l'application du forceps et introduction de la main dans la cavité utérine pour la délivrance ; malgré tout, il n'y a pas eu d'accidents puerpéraux graves. La malade s'est rétablie très vite. Elle a commencé à souffrir à l'apparition des premières époques, deux mois après l'accouchement. La douleur, le plus souvent sourde, prend de temps en temps un caractère aigu, la région ovarienne est devenue sensible à la pression. Dans l'intervalle des règles, elle existe toujours ; son intensité est sensiblement moindre pendant la menstruation. Au même moment, sensation de prurit sur le ventre, mictions fréquentes et accompagnées d'une sensation pénible de cuisson. Leucorrhée glaireuse, parfois purulente, déterminant une profonde irritation de la vulve et du sillon génito-crural ; douleur fixe en un point de l'hypocondre gauche. Dysménorrhée. Tendance au météorisme, sommeil agité, parfois difficile, peu réparateur. Cette malade qui possède, malgré tout, une bonne constitution, a conservé son embonpoint, mais les tissus sont flasques et sans résistance. Depuis

son dernier accouchement, tous les accidents n'ont fait qu'augmenter : céphalée sourde, mais assez vive et presque continue, affaiblissement plus marqué qu'auparavant. Marche avec peine ; les cahots d'une voiture lui causent des douleurs presque insupportables dans les aines, de telle sorte qu'elle hésite à sortir. Caractère déprimé : cette personne fond en larmes à la moindre cause. Pour tout traitement, elle a fait des injections vaginales de décoction d'écorce de chêne ; purgatifs, tisanes de différente nature. Un médecin a électrisé la région ovarienne. Aucun traitement n'a donné la moindre amélioration.

Longueur utérine dépassant 7 centimètres. La consistance et la situation de l'organe sont à peu près normales.

Il est très mobile : on peut le déplacer dans n'importe quelle direction, par la plus légère impulsion. Rien d'anormal dans la région préutérine. Notons qu'à l'époque des règles, au moment où la douleur ovarienne présente son maximum, les explorations de la région par le palper ne provoquent pas d'attaque d'hystérie. L'épaisseur des téguments est telle que malgré toutes les tentatives, on ne parvient pas à saisir les ovaires.

Sous l'influence du massage, il se produit une amélioration notable. C'est la douleur ovarienne qui présente le plus de ténacité. Le traitement finit par en avoir raison ; mais pour que la malade ait pu constater un mieux sensible dans la région, il a fallu six semaines.

On a facilement guéri un peu de catarrhe vaginal survenu pendant le traitement avec un petit tampon d'alun. Après neuf semaines (quarante-deux séances), la malade est presque guérie. La douleur vaginale s'est montrée encore au moment de la dernière période menstruelle, mais elle ne présente pas une intensité comparable à celle qu'elle avait auparavant ; les autres phénomènes, également moins prononcés, sont encore menaçants ; je donne à cette personne le conseil de passer quelque temps à la campagne. Elle reste cinq mois chez un de ses parents dans le Midi. Elle a éprouvé encore un peu de douleur inguinale lors des premières menstruations qui ont suivi la fin du traitement ; cette douleur a tout à fait disparu depuis.

OBSERVATION CCIII

Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Mobilité anormale. — Dysménorrhée. — Diarrhée profuse aux époques menstruelles. — Massage. — Guérison.

M^{me} S..., vingt-six ans, originaire de Suède, vient me consulter au mois de décembre 1876, pour des douleurs violentes à l'époque des règles. Elle aurait fait au cours de l'année 1876 une fausse couche dans les premiers mois de la grossesse. Cette fausse couche n'aurait donné lieu à aucun accident immédiat, menstruation toujours régulière depuis lors ; à la fin de l'année dernière elle a commencé à souffrir à l'approche des règles. Dans l'intervalle, elle était tourmentée par une douleur sourde, gravative dans les lombes avec des tiraillements dans les aines.

Jusque vers la fin de 1874, pas de changement dans l'état général. A cette époque les douleurs de reins augmentent et s'accompagnent d'une forte pression dans le bas-ventre ; pour les calmer on est obligé d'appuyer énergiquement les mains sur l'hypogastre. Si elle est dans une voiture non suspendue, elle est obligée de la faire arrêter et de descendre. Dans les mêmes conditions, nausées et vomissements. Les règles sont devenues tellement douloureuses qu'à leur approche la malade est obligée de se mettre au lit et d'y rester deux ou trois jours. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement menstruel apparaît ; l'état général a peu souffert, la malade présente toujours l'apparence d'une santé parfaite. Jusqu'au printemps de l'année dernière, la digestion n'a pas été troublée ; les règles sont presque toujours accompagnées d'une diarrhée qui ne cesse qu'avec elles. Elle n'est accompagnée ni de ténésme, ni d'épreintes, ni de coliques ; il y a parfois douze selles liquides en vingt-quatre heures ; la diarrhée persiste même pendant la nuit ; parfois deux ou trois époques menstruelles se passent

sans accidents. La malade est épuisée après chacune de ces crises mais elle se rétablit très vite, de telle sorte qu'au bout de quelques jours on ne se doute plus de ce qui vient de se passer. On n'avait jamais réussi à arrêter la diarrhée pendant plus de vingt-quatre heures. Dès qu'on suspendait l'administration des médicaments qui l'avaient enrayée, elle reparaisait aussi intense qu'auparavant. Je vis cette malade pour la première fois ; il y avait environ dix-huit mois qu'elle avait cessé tout traitement. Elle avait une leucorrhée à peu près insignifiante, mais la dysménorrhée était plus violente que jamais.

Au toucher vaginal, on constate que l'utérus, en antéflexion, presse fortement sur la vessie. Les mictions fréquentes d'autrefois n'existent plus. La consistance de l'organe est normale ; il est complètement mobile ; douleur peu vive à la pression ; rien dans les culs-de-sac ; la sonde pénètre à plus de 7 centimètres.

Au commencement le massage est un peu douloureux, surtout au niveau du fond de l'utérus. Cette douleur est notablement atténuée, elle disparaît même complètement au bout de quinze jours. A la période menstruelle suivante, trois semaines après le début du traitement, la malade est pour ainsi dire surprise par l'écoulement menstruel. Pendant le reste de la durée du traitement elle n'eut plus de dysménorrhée. La diarrhée avait encore accompagné la première période, seulement les matières étaient moins liquides ; depuis quelques semaines, la malade peut faire des promenades à pied et en voiture, sans souffrir. La sensation de pesanteur qu'elle éprouvait antérieurement du côté du périnée a complètement cessé. L'état normal s'était avantageusement modifié. Cette personne qui était auparavant sujette à des poussées de tristesse est maintenant gaie ; l'utérus ne mesure plus que 6 centimètres $1/2$. Je la vis de nouveau après la troisième menstruation qui suivit le début du traitement : celui-ci avait été interrompu depuis quelque temps, il n'y avait pas de dysménorrhée à proprement parler, mais la malade était moins bien qu'à l'époque antérieure ; elle éprouvait une sensation de gêne assez pénible dans le bas-ventre. Persuadé que ces accidents disparaîtraient facilement, je fis, pour

hâter cette disparition. quelques séances de massage. Elles suffisent. Au mois de juin de l'année suivante (dix mois après le début du traitement), je reçus une lettre de cette malade qui était retournée en Suède. Depuis qu'elle a quitté Paris, elle n'a jamais eu ni dysménorrhée, ni troubles intestinaux. L'état général est excellent.

OBSERVATION CCIV

Métrite parenchymateuse. — Antéversion utérine. — Mobilité anormale. — Douleurs hypogastriques violentes. — Douleurs réflexes éloignées. — Dyspareunie. — Grossesse unique il y a sept ans, plus d'autres depuis. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse quatre mois après la fin du traitement.

M^{me} T..., concierge, trente-huit ans, souffre depuis sept ans. Son affection utérine qui d'après elle remonte à cette date aurait été la conséquence d'un accouchement laborieux. Elle a été traitée par différents médecins : pessaires, cautérisations, injections vaginales et intra-utérines, on a tout essayé. Depuis longtemps elle porte une ceinture hypogastrique. Douleurs des reins s'irradient parfois jusque dans les cuisses, sensation de pression à l'hypogastre. Ces accidents sont plus prononcés durant la marche, ce qui empêche la malade de faire de longues courses à pied. La fatigue qu'elle ne tarde pas à éprouver à cette occasion rend la promenade encore plus difficile. Une pesanteur très pénible dans la région de l'anus augmente encore cette gêne. Au début, ménorrhagies inquiétantes ; actuellement la menstruation est normale. Presque plus de leucorrhée. Un peu de météorisme intestinal ; constipation habituelle. Dyspareunie. Gastralgie à attaques assez rares, mais très pénibles. Névralgie occipito-pariétale, palpitations, sensation de suffocation à chaque émotion vive ; envie de pleurer sans cause appréciable. Utérus volumineux, très dur, en antéversion,

mobile en tous sens. Du reste, rien à noter du côté des organes génitaux. Étant données la durée très longue des accidents, la multiplicité des traitements suivis, il y a lieu de supposer que l'état de l'utérus et des parties voisines laisse à désirer. C'est sur les instances mêmes de la malade, dont plusieurs amies ont été guéries par le massage, que je consens à l'appliquer, faisant des réserves expresses pour le résultat qu'il serait possible d'obtenir. Cette personne a de l'embonpoint et le traitement est assez difficile. Afin de diminuer la sensibilité, je fais mettre pendant quelque temps, au début de la séance, des compresses glacées sur le ventre. Au bout de trois semaines, l'hypéresthésie du début n'existe plus, et le procédé est toléré plus facilement. Sous l'influence des manipulations, le pannicule adipeux abdominal a diminué ; les téguments sont devenus plus flasques et plus minces.

Après quarante-six jours d'un traitement suivi avec la plus parfaite régularité, la malade se déclare presque guérie. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse, et de temps en temps d'accidents nerveux. Je la revois au bout de trois mois, elle va très bien. Les douleurs lombaires ont disparu, de même que la sensation de pesanteur péri-anale dont elle se plaignait. Peut marcher sans fatigue et sans gêne. Depuis la fin du traitement, elle n'a plus d'attaques de gastralgie, ni de névralgies de tête. La dyspareunie n'existe plus. La surcharge graisseuse des parois abdominales a diminué ; l'aspect général est devenu meilleur.

Quatre mois après la fin du traitement, les règles cessent pendant deux périodes, ce qui n'était jamais arrivé. La malade vient me trouver de nouveau assez inquiète. Je crois à une grossesse et lui fais part de ma supposition qu'elle se refuse à admettre. Elle était malgré tout exacte, et cette personne accoucha à terme, d'un garçon bien développé et qui a vécu.

**Observations inédites, recueillies
à la Clinique gynécologique de l'Hôpital de la Charité**

Nous avons trouvé, dans les observations de la clinique gynécologique, quelques cas de mobilité anormale de l'utérus. Nous publions ceux qui nous ont paru les plus intéressants, tant au point de vue de l'étiologie que des symptômes objectifs et subjectifs.

Nous les avons divisées en deux catégories : 1° celles se rapportant à des nullipares ; 2° celles concernant des multipares. Des premières, les moins nombreuses, nous n'avons pu recueillir qu'une.

Ces observations, dont les symptômes douloureux concordent absolument avec ceux décrits par Nostroem chez ses malades, sauf souvent le symptôme métrite, prouvent que dans ces cas celle-ci n'est qu'un phénomène consécutif à la mobilité anormale. C'est donc bien à elle qu'il faut les rapporter. Le traitement de celle-ci, seule, les fait complètement disparaître.

Malheureusement, les malades dont nous relatons les observations appartenant toutes à la classe ouvrière n'ont pu continuer le traitement jusqu'à la complète guérison. Se sentant très soulagées par quelques séances de massage et un pessaire, elles sont sorties et ne sont pas revenues. Leur traitement n'ayant pu, dans de telles conditions, être que palliatif, ne doit être considéré que comme tel, et nous ne pouvons en tirer de conclusions au sujet de sa durée.

I. — NULLIPARES.

OBSERVATION I

Blandine V..., dix-neuf ans, ayant la profession de tulliste. Aucune maladie pendant l'enfance. A été réglée à quinze ans. Ses règles ont été assez irrégulières jusqu'à dix-sept ans. A cet âge, la malade a été traitée pour anémie. Ses règles apparaissent alors tous les quinze ou vingt jours. Depuis un an, époques normales. Pas de pertes blanches.

Elle se présente à la clinique, se plaignant de douleurs très vives dans le flanc gauche, au niveau de la région de l'ovaire. Des irradiations très pénibles du côté des lombes et des cuisses, mais seulement par intermittence, après un effort ou un faux mouvement.

A l'examen, on trouve un utérus normal, en rétroversion légère, facilement réductible par le doigt. La position normale ne subsiste pas longtemps. L'utérus est très mobile.

La columisation, maintenant l'utérus en position normale, fait cesser absolument les douleurs et permet les efforts impossibles auparavant.

La malade étant pressée de sortir de l'hôpital, on fait un peu de massage pendant quatre jours, puis on place un pessaire de Hodge. La malade n'a plus ni gêne, ni douleurs, et s'en va très contente. Elle n'est pas revenue à la consultation.

III. — MULTIPARES.

OBSERVATION II

Anna C..., profession de repasseuse, vingt-neuf ans, a été réglée à treize ans, d'une façon régulière. Mariée à dix-neuf ans. A eu trois accouchements normaux, puis trois fausses couches, de vingt à vingt-sept ans. Entrée à la clinique le 30 mars 1896.

Depuis la dernière fausse couche, qui remonte à deux ans, la malade ne se trouve pas bien. Elle éprouve de violentes douleurs lombaires, irradiées dans les cuisses. Son état la forçant à la station debout prolongée, elle éprouve rapidement une lassitude extrême, la forçant à s'asseoir. Les douleurs s'apaisent lorsque l'abdomen est bien serré. La marche est très pénible et s'accompagne de douleurs dans les flancs, les fosses iliaques, le périnée. Elle ne peut être continuée longtemps.

Il y a six mois, la malade est venue à la visite. On lui a mis des tampons vaginaux qui l'ont bien soulagée. On n'a alors pas trouvé d'autres lésions qu'un utérus très mobile. On lui fit à ce moment sept à huit fois la même opération avec le même succès, mais dès qu'elle n'avait plus les tampons, ses malaises reparaissaient.

Malgré cela, les règles ont toujours été très régulières, sauf les dernières survenues il y a trois semaines avec un retard de sept jours, peu abondantes, mais très douloureuses.

La malade a été à cause d'elles obligée de s'aliter.

Entrée à l'hôpital le 30 mars, on trouve à la palpation un ventre indolore, de consistance et de volume normal. Par le toucher on atteint très facilement le col très en avant, dans une position semblable à celle qu'il occupe l'utérus étant en rétroversion forte. Le cul-de-sac postérieur est cependant libre. La pression au niveau de ce cul-de-sac est douloureuse à droite. Par des pressions sur le col, on arrive facilement à mobiliser l'utérus qui est mobile, et dont on fait basculer le fond dans le cul-de-sac latéral gauche. En faisant tousser la malade, on sent le col utérin qui s'abaisse sensiblement.

La palpation bi-manuelle révèle une douleur très violente au niveau de l'ovaire droit, augmenté de volume. Le 2 avril, on fait une intervention, à cause de ce point douloureux. On trouve un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une mandarine.

L'utérus étant mobile, on fait en même temps une hystéropexie abdominal.

Le 46 avril, la malade ne souffre plus et sort.

OBSERVATION III

Bénédicta D..., trente-sept ans.

Scarlatine en bas âge. Un accouchement assez difficile il y a dix ans. Enfant bien portant. Réglée à douze ans, d'une façon assez régulière.

Urétrite gonococcienne avec pertes rouges, depuis deux mois. Elle entre à la clinique le 8 novembre 1897, se plaignant de douleurs dans la région lombaire et la fosse iliaque gauche, augmentant par la marche qui est très pénible.

Légère constipation avec maux d'estomac fréquents.

L'utérus est trouvé, à l'examen, en rétroversion, très mobile, et peut être déplacé dans toutes les directions.

Les ligaments sont très lâches. Léger prolapsus de la paroi vaginale postérieure. L'utérus s'abaisse notablement par les efforts et par la toux.

Le périnée très mou, présente une déchirure de la fourchette, assez accentuée pour qu'on se décide à faire à la malade une périnéorrhaphie et hystéropexie.

Elle sort le 4 décembre guérie.

OBSERVATION IV

Femme D..., trente ans, ménagère.

Réglée à treize ans, assez régulièrement, quoique parfois avec avance ou retard de cinq ou six jours. De treize à vingt ans, grande anémie, avec incontinence d'urine nocturne.

Elle a eu deux accouchements normaux. Le dernier, il y a sept ans, a donné lieu à des crises d'éclampsie, avec albuminurie très forte. En ce moment elle a des pertes blanches. Elle se plaint de pesanteur du ventre, avec douleurs lombaires violentes. Troubles digestifs intenses. Dyspnée. Migraines fréquentes. Grande faiblesse. La marche est douloureuse et difficile.

Les mictions sont douloureuses, fréquemment répétées, peu abondantes, seulement pendant le jour.

A l'examen, l'utérus est trouvé en rétroversion, mais facilement réductible par la position génu-pectorale.

On fait du massage pendant quelques jours. La malade est très soulagée. La malade sort le 13 juin, après l'application d'un pessaire qui a fait complètement cesser les douleurs.

OBSERVATION V

Marie G..., lingère, âgée de vingt-trois ans.

Pas de maladies antérieures. Ses règles ont toujours été régulières quoique de durée différente.

Leucorrhée légère.

La malade entre le 7 mai 1898 se plaignant de douleurs vagues dans l'abdomen. Elle accuse une faiblesse très marquée, une sensation de pensanteur du périnée et des douleurs assez vives dans la région lombaire après la moindre marche. Elle est maigre et anémiée. Elle raconte que depuis plusieurs mois elle a enduré de grandes privations de nourriture. Elle a senti ses forces diminuer peu à peu en même temps qu'apparaissaient au moindre effort des douleurs. Elle déclare se trouver soulagée par le repos, et avoir besoin de nourriture.

A l'examen, l'utérus de volume normal est trouvé en rétroversion, très mobile. On le replace facilement en position normale mais il s'y maintient difficilement.

Pendant quelques jours on fait le massage des ligaments utérins, puis on fixe l'utérus par un pessaire de Hodge.

La malade sort, complètement soulagée, le 16 mai.

OBSERVATION VI

Jeannette V..., ménagère, trente-huit ans. Entrée le 11 juillet 1898.

Pas de maladies pendant la jeunesse. A eu cinq enfants dont

deux vivants. Toujours assez régulièrement réglée, mais habituellement constipée.

Depuis sept ans, elle souffre beaucoup dans la région lombaire, points douloureux lorsqu'elle marche dans la région des ovaires, augmentant lorsqu'elle tient ses bras en l'air ou fait un effort.

A l'examen, on trouve un utérus en rétroversion très facilement réductible. En faisant tousser la malade, on perçoit un léger abaissement du col et l'utérus retombe en rétroversion. Pas d'annexes.

Le 13 juillet on met un anneau rond. Le soulagement est immédiat. Cependant la malade accuse encore des douleurs vives dans les reins et le dos, sans localisation fixe, survenant et disparaissant brusquement.

Le traitement par les douches et la suggestion fait disparaître les douleurs et la malade sort le 28 juillet après l'application d'un pessaire de Hodge.

OBSERVATION VII

Marie A..., trente ans.

Réglée à quinze ans, régulièrement sauf une métrorrhagie.

Deux accouchements. Leucorrhée légère.

Douleurs depuis le dernier accouchement, datant de deux ans, dans les lombes et les fosses iliaques, exagérées par la marche, mais cessant par le repos au lit.

Depuis quinze jours, douleurs bilatérales dans la région des ovaires, au moindre effort.

Troubles digestifs légers, ballonnement du ventre après les repas, nausées, vomissements.

On trouve l'utérus en rétroversion facilement réductible par la pression du doigt. Pas d'annexes.

La simple application d'un pessaire de Hodge fait cesser les phénomènes douloureux et la malade sort le 12 novembre.

OBSERVATION VIII

Marie L..., vingt-quatre ans. Réglée à douze ans, régulièrement.

Trois accouchements. Depuis le dernier qui date de vingt-sept mois, la malade souffre du ventre, des reins et des fesses. Les douleurs, intermittentes et à l'occasion des mouvements violents, sont allées en augmentant, avec irradiations dans les cuisses.

Les selles sont régulières, normales ; la digestion est pénible et difficile. La malade depuis deux ans est sujette à des vomissements, a maigri et a perdu progressivement ses forces. La miction est normale.

Elle entre à la clinique le 10 août 1900. On trouve à l'examen un utérus normal comme volume, non douloureux, en rétroversion très accentuée, mais très mobile et très facilement réductible.

Après une columnisation, les douleurs cèdent. On fait un peu de massage et on place un berceau.

La malade estime son état suffisamment amélioré et sort le 14 septembre.

CONCLUSIONS

I. — La mobilité anormale de l'utérus se rencontre principalement chez des femmes de trente à quarante ans, ayant eu un ou plusieurs *accouchements pénibles* ou ayant nécessité *l'application du forceps*.

Elle peut se rencontrer chez des nullipares amaigries et anémiées, souvent en même temps qu'une *maladie de Glénard*. On peut l'observer quoique rarement, chez des vierges à *tempérament arthritique*.

II. — Elle se caractérise par des *symptômes fonctionnels et douloureux* très accusés, contrastant quelquefois avec l'absence presque complète de signes trouvés par l'examen. Les douleurs parfois très intenses sont en grande partie dues aux tiraillements exercés par le poids de l'utérus dont les ligaments sont relâchés sur le pédicule de l'ovaire. Elle peut simuler *toutes les déviations* utérines, et s'en distingue par ce fait que cette mauvaise position se réduit d'elle-même par la position genupECTORALE, ou une autre position faisant agir la pesanteur sur l'utérus en sens inverse de la déviation observée.

III. — Elle doit être traitée dès qu'elle est reconnue, d'abord à cause de l'impotence fonctionnelle et des douleurs qu'elle fait subir à la malade, ensuite parce qu'elle expose à *l'infection* des voies génitales, et à toutes ses complications, et qu'elle est fréquemment une cause *de stérilité*.

IV. — Le traitement doit être local et général.

II. *Local*. — Consistant en *massage* de l'utérus et de ses ligaments. On agit surtout sur ces derniers par *l'élévation utérine*, préconisée par Thure-Brand et Stapfer.

L'usage de *la bicyclette* sans excès est à recommander à ces malades, tant au point de vue du massage direct qu'elle exerce sur le périnée qu'à la gymnastique bienfaisante qu'elle fait exécuter aux muscles du plancher pelvien, ayant un effet analogue aux mouvements d'adduction et d'abduction des cuisses que Thure-Brandt fait exécuter à ses malades.

Dans l'intervalle de ces manœuvres, un *pessaire* léger et un peu flexible, ou même un simple pessaire de Hodge sera utile pour les deux raisons suivantes :

1° *Parce qu'il maintiendra* l'utérus en bonne position, ce qui n'est pas à négliger après l'élévation utérine, car si les ligaments se tonifient à la longue par cet exercice, ils sont immédiatement après fatigués et se laissent distendre davantage.

2° *Parce qu'il soulagera* considérablement les douleurs de la malade pendant la durée du traitement.

II. *Général.* — Médication tonique, quinquina, amers, bonne nourriture, vie au grand air. Si possible saison aux *bains de mer* ou dans une *station thermale*.

On luttera ainsi contre l'état général, anémique ou faible de la malade.

V. — La durée du traitement est variable avec le tempérament et le degré de faiblesse de la personne et la plus ou moins grande laxité des ligaments utérins et du plancher périnéal.

Il varie de deux mois à un an.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

FOCHIER.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- 1833 HERVEZ DE CHÉGOIN. — De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier. *Mémoires de l'Académie de médecine de Paris*, tome II.
- 1843 GOSSELIN. — *Archives générales de médecine*, tome II.
- 1852 PIACHAUD (L.). — Les déviations de l'utérus à l'état de vacuité. Thèse de Paris.
- 1853 BOULLARD (C.-T.). — Quelques mots sur l'utérus.
- 1879 TRIPIER. — *Electrologie médicale*, Paris.
- 1890 BRIVOIS. — *Manuel d'électrothérapie gynécologique technique opératoire*.
- 1891 NORSTROEM. — *Traité théorique et pratique du massage*.
LUTAUD. — *Manuel des maladies des femmes*.
- 1892 AUVARD. — *Traité pratique de gynécologie*.
LEHR. — Zür ætiologie des uterusprolapses bei nulliparen O. Francke. *Archiv für gynak*, 1888, XXXI, 455.
- 1893 THURE-BRANDT. — *Traitement des maladies des femmes*. Berlin.
REGNIER (A.-R.). — *Traitement des déviations utérines par la faradisation. Gazette gynécologique*.
GALLARD. — *Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles*.
- 1894 PICHEVIN. — *Hygiène et prophylaxie des affections utérines. Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Paris.
REMY. — *Du mécanisme pathogénique de l'inversion utérine. Archives de tocologie et de gynécologie*. Paris.
- 1895 QUINCIEU. — Contribution à l'étude de la columnisation du du vagin. Thèse de Lyon.
- 1896 PETIT (Paul). — *Réflexions cliniques et opératoires sur soixante cas de déviations utérines. Semaine gynécologique*.
- 1897 ALEXANDER (W.). — *Déplacements utérins. Journal de médecine et de chirurgie de Liverpool*.

- LÉVY. — Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement. Thèse de Paris.
- 1899 GILLES (Arthur). — Rétrodéviation utérine. *Britisch gynecologic journal*.
- LERICHE. — Affections utérines et bicyclette. *Gazette gynécologique*, 15 avril.
- 1902 KENNES. — Hystéro-épilepsie et rétroflexion utérine. *Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles*, tome II.
- BLOCH. — Rétrodéviation utérine et kinésithérapie. Société de kinésithérapie, Paris.
- GREVENS (T.-G.). — On uterine displacements their mechanism of causation and treatment, London.
- GLÉNARD (Frantz). — Le vêtement féminin et l'hygiène. *Revue scientifique*.
- GOLDSPIEGEL-SOSNOWSKA (M^{me}). — Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure-Brandt.
- CHASSAIGNAC (E.). — Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, tome II.
- JENTZER et BOURCARD. — Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes, Genève, 1891.

